

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky

**CANISTERAPIE JAKO PODPŮRNÝ ČINITEL PŘI ROZVOJI
SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ A KOMUNIKACE
U DĚTÍ S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA**

**CANINE ASSISTED THERAPY, A SUPPORT IN THE
DEVELOPMENT OF SOCIAL SKILLS AND COMMUNICATION
OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER**

Diplomová práce

Bc. Kateřina Mrzenová

**Studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika**

Vedoucí diplomové práce: Doc. PhDr. Lea Květoňová, Ph.D.

Praha 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci „Canisterapie jako podpůrný činitel při rozvoji sociálních dovedností a komunikace u dětí s poruchou autistického spektra“ zpracovala samostatně pod vedení vedoucí práce Doc. PhDr. Ley Květoňové, Ph.D. a že jsem použila pouze prameny uvedené v seznamu literatury.

V Praze, dne 2. března 2014

Bc. Kateřina Mrzenová

Poděkování

Děkuji Doc. PhDr. Lee Květoňové, Ph.D. za cenné rady a vstřícné a odborné vedení mé diplomové práce.

MRZENOVÁ, K.: *Canisterapie jako podpůrný činitel při rozvoji sociálních dovedností a komunikace u dětí s poruchou autistického spektra*. Diplomová práce. Praha: Katedra speciální pedagogiky. Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce: Doc. PhDr. Lea Květoňová, Ph.D., 2014, 93 str.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá canisterapií jako podpůrným činitelem při rozvoji sociálních dovedností a komunikace u dětí s poruchou autistického spektra a vychází ze studia odborné literatury a analýzy poznatků vlivu této terapie na rozvoj osobnosti jedinců s poruchou autistického spektra. V úvodní části práce je zpracováno téma poruch autistického spektra s důrazem na sociální charakteristiky a komunikaci jedinců s poruchou autistického spektra, druhá část práce se zaměřuje na oblast canisterapie, její metody a formy a rovněž její speciálně pedagogické použití. Ve třetí části práce je zpracována případová studie chlapce s poruchou autistického spektra docházejícího pravidelně na canisterapii. V diplomové práci jsou použity následující **metody**: analýza odborné literatury, zúčastněné pozorování, neformální rozhovor, dotazník, analýza videozáznamů a analýza dat případové studie. **Výsledkem práce** je zjištění, že canisterapie působí jako podpůrný činitel při rozvoji sociálních dovedností a neverbální komunikace u dětí s poruchou autistického spektra. Působení canisterapie jako podpůrného činitele na rozvoj verbální komunikace u dětí s poruchou autistického spektra se nepodařilo prokázat. Získané **výsledky** mohou přispět k častějšímu využívání canisterapie při práci s jedinci s poruchou autistického spektra, a to jak v předškolních a školních zařízeních, organizacích a sdruženích poskytujících služby těmto jedincům, tak i v samotných rodinách dětí s poruchou autistického spektra.

KLÍČOVÁ SLOVA:

jedinci s poruchou autistického spektra, canisterapie, sociální dovednosti, verbální komunikace, neverbální komunikace, případová studie

SUMMARY:

This thesis deals with canine assisted therapy as a support in the development of social skills and communication of children with autism spectrum disorder and is based on the professional literature and analysis of the therapy's influence on the development of personality in individuals with autism spectrum disorder. The introduction describes autism spectrum disorders, emphasising their social characteristics and communication of individuals with autism spectrum disorders. The second part deals with canine assisted therapy, its methods and forms, as well as, its specific pedagogical use. The third part of the thesis studies the case of a boy with autism spectrum disorder who regularly attended canine assisted therapy. This thesis uses the following **methodology**: analysis of professional literature, participant observation, informal interview, questionnaire, video analysis and the case study data analysis. This **thesis concludes** in the finding that canine assisted therapy supports the development of social skills and non-verbal communication of children with autism spectrum disorder. The support of canine assisted therapy in the development of verbal communication of children with autism spectrum disorder was not proven. The **results** gained in this thesis may contribute to a more frequent use of canine assisted therapy in working with individuals with autism spectrum disorder, in pre-school institutions and schools, organisations and associations that provide services to such individuals, as well as, in those families with children with autism spectrum disorder.

KEYWORDS:

individuals with autism spectrum disorder, canine assisted therapy, social skills, verbal communication, non-verbal communication, case study

OBSAH

ÚVOD	7
1 DÍTĚ S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA	10
1.1 Raný vývoj u dětí s poruchou autistického spektra.....	13
1.2 Triáda diagnostických kritérií	18
1.3 Sociální charakteristiky u dětí s poruchou autistického spektra	23
1.4 Komunikace u dětí s poruchou autistického spektra	30
2 CANISTERAPIE	36
2.1 Metody a formy canisterapie.....	37
2.2 Standardy a etická pravidla pro vykonávání canisterapie	40
2.3 Canisterapeutická jednotka	42
2.4 Speciálněpedagogické využití canisterapie	43
3 CANISTERAPIE JAKO PODPŮRNÝ ČINITEL PŘI ROZVOJI SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ A KOMUNIKACE U DÍTĚTE S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA	48
3.1 Sledované oblasti rozvoje	54
3.2 Případová studie	54
3.3 Vyšetření sociálních dovedností a komunikace před zahájením canisterapie	56
3.4 Průběh canisterapie	63
3.5 Vyšetření sociálních dovedností a komunikace po pětíměsíčním docházení na canisterapii	64
3.6 Analýza dat případové studie a navrhovaná doporučení	71
ZÁVĚR	86
POUŽITÁ LITERATURA	88
SEZNAM PŘÍLOH	93
Příloha 1 Pozorovací schema – Úroveň komunikace a vybraných sociálních dovedností	
Příloha 2 Dotazník – Úroveň komunikace a vybraných sociálních dovedností	

ÚVOD

Úroveň každé společnosti je možné hodnotit podle toho, jak přistupuje k jedincům, kteří přišli na svět s nějakým postižením, oslabením nebo se krátkodobě či dlouhodobě nacházejí v situaci, kdy potřebují od společnosti pomoc.

Jedinci s poruchou autistického spektra patří k těm, kteří mají svou pozici ve společnosti ztíženou z důvodu narušené oblasti komunikace, sociální interakce a sociálního chování a představitivosti. Zdravý jedinec je schopen verbálně vyjádřit své potřeby, pocity, nespokojenost a dokáže si obhájit svá práva. Jedinci s poruchou autistického spektra mají díky svému handicapu často omezené možnosti, jak komunikovat s okolním světem, dorozumět se s ním, sdílet s ním. Protože často nerozumí světu kolem a ten nerozumí jim, začínají se uzavírat do svého nitra a izolují se. Díky terapeutickým metodám, které se v posledních letech při práci s jedinci s poruchou autistického spektra začínají používat, dostávají tito jedinci do rukou nástroj, jak lépe porozumět sobě samému i druhým lidem, jak s nimi sdílet, jak ukázat okolnímu světu, co cítí, jak sami sebe vnímají a co potřebují.

Canisterapie, kterou jsem si zvolila jako téma své diplomové práce, je terapeutická metoda, která se ve své práci nezaměřuje pouze na jednu oblast osobnosti jedinců s poruchou autistického spektra, ale snaží se pracovat s celou jejich osobností a pozitivně ji ovlivňovat. Kromě již zmiňovaných cílů, jako je lepší porozumění sobě samému a druhým lidem, má tato terapeutická metoda za cíl rovněž posílení schopnosti komunikace s okolním světem, častější využití verbální i neverbální komunikace, posílení očního kontaktu při komunikaci, rozvoj schopnosti reagovat přiměřeně v různých sociálních situacích a v neposlední řadě také celkové zklidnění a prožití pocitu, že druhý mne přijímá a má mne rád takového, jakým jsem.

Téma diplomové práce jsem si zvolila proto, že jsem se ve své práci mnohokrát setkávala s jedinci s poruchou autistického spektra, kteří navštěvovali canisterapii, a měla jsem možnost pozorovat pozitivní vliv, který na rozvoj jejich osobnosti měla.

Komunitní centrum Motýlek jsem si vybrala ze dvou důvodů. Prvním důvodem byl fakt, že zde již mnoho let canisterapie probíhá a provádějí ji zde zkušené terapeuti, a druhý důvod byla má pozitivní zkušenost s touto organizací, pokud jde o profesionalitu a šíři nabízených služeb, individuální přístup k dětem a úzkou spolupráci s rodiči.

V neposlední řadě jsem pro volbu tohoto tématu byla motivována jeho dalším možným **uplatněním ve speciálně pedagogické praxi**, konkrétně v předškolních a školních zařízeních pro jedince s poruchou autistického spektra příp. organizacích, které s těmito jedinci pracují.

Cílem diplomové práce je zjistit, zda canisterapie působí jako podpůrný činitel při rozvoji komunikace a sociálních dovedností jedinců s poruchou autistického spektra.

Diplomová práce je strukturována do **tří základních částí**.

První část se zaměřuje na klasifikaci poruch autistického spektra, triádu diagnostických kritérií a samotnou diagnostiku, raný vývoj a také sociální charakteristiky a komunikaci dětí s poruchou autistického spektra.

Druhá část diplomové práce se věnuje tématu canisterapie, jejím metodám a formám, dále standardům a etickým pravidlům, která jsou nezbytná pro vykonávání canisterapie, průběhu canisterapeutické jednotky a také speciálně pedagogickému využití canisterapie.

První i druhá část diplomové práce jsou zpracovány za pomoci analýzy odborné literatury.

Třetí část diplomové práce popisuje případovou studii zaměřenou na působení canisterapie jako podpůrného činitele při rozvoji sociálních dovedností a komunikace u jednoho chlapce s poruchou autistického spektra, který pravidelně navštěvuje

canisterapii v Komunitním centru Motýlek. Před zahájením jeho pravidelného docházení na canisterapii byla u pozorovaného chlapce vyšetřena aktuální úroveň jeho sociálních dovedností a komunikace a byl o ní proveden záznam. Po pětíměsíčním pravidelném docházení na canisterapii bylo provedeno stejné vyšetření aktuální úrovně obou oblastí. Na základě porovnání výsledků z obou vyšetření a informací z dotazníků od rodičů a učitelky v mateřské škole bylo možné vyhodnotit **předpoklady** stanovené pro případovou studii a zjistit, zda došlo k rozvoji pozorovaných oblastí a zda canisterapie působí jako podpůrný činitel při rozvoji sociálních dovedností a komunikace u pozorovaného chlapce.

U případové studie jsou použity následující **metody**: analýza odborné literatury, zúčastněné pozorování, neformální rozhovor, dotazník, analýza videozáznamů, analýza dat případové studie.

„Autismus není něco, co osoba má, není to ulita, ve které je osobnost uvězněna. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je všepřonikající. Prostupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emocí. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá.“
J. Sinclair (Thorová, 2006, str. 33)

1 DÍTĚ S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

V současné době můžeme v odborné literatuře nalézt nepřehledné množství **definic** a **vymezení** poruch autistického spektra. Většina z nich se shoduje v základních znacích a projevech poruch autistického spektra.

Mnoho autorů řadí poruchy autistického spektra mezi *neurovývojová onemocnění na neurobiologickém podkladě* (Quinn, Malone, 2011, Hrdlička, Komárek, (eds.), 2004, Strunecká, 2009 in Bazalová, 2011).

O vývojové poruše se zmiňují rovněž Hillová a Frithová (2003, in Hrdlička, Komárek (eds.), 2004, str. 17-18), když definují *autismus jako vývojové onemocnění charakterizované jak narušením sociální interakce a komunikace, tak repetitivním chováním a omezenými zájmy*.

Mezi jedinci s poruchou autistického spektra není možné najít dva totožné případy. Jak uvádí Gillberg, Coleman (1992, in Gillberg, Peeters, 2003, str. 35), *autismus není jednotná porucha, jako je tomu např. u nějaké konkrétní metabolické poruchy. Spíše je třeba na autismus pohlížet jako na obsáhlou, zevrubnou diagnózu, podobně jako v případě epilepsie nebo mentální retardace. Je to konečné, symptomatické vyjádření mozkové dysfunkce, kterou mohou vyvolat různé příčiny*.

V Mezinárodní klasifikace nemocí v 10. revizi najdeme poruchy autistického spektra pod názvem *pervazivní vývojové poruchy (F84)*, tzn. poruchy pronikající celou osobnost jedince, a jsou definovány následovně jako: „*Skupina poruch*

charakterizovaná kvalitativním zhoršením vzájemných společenských interakcí a způsobů komunikace a omezeným, stereotypně se opakujícím repertoárem zájmů a aktivit. Tyto kvalitativní abnormality jsou pronikavým rysem chování jedince ve všech situacích, i když jejich stupeň může být různý.“ (MKN-10, 2000, str. 238).

Thorová (2006, str. 52) uvádí, že „z neuropsychologického hlediska problémy dítěte vyvěrají z potíží s vnímáním (příjemem informací) a zpracováním informací (problémy v oblasti emocí a myšlení), tzn. dítě nerozumí správně tomu, co vidí, slyší a prožívá.“ Dle ní se nejedná o jedno místo v mozku zodpovědné za vznik autismu, ale spíše o poruchu komunikačních a integračních funkcí mozku. Thorová dále uvádí, že pokud existuje různorodost v projevech poruchy autistického spektra, bude existovat i variabilita v příčinách (multifaktoriální příčiny).

Neschopnost jedince s poruchou autistického spektra orientovat se ve vnějším světě a porozumět mu popisuje rovněž Howling (2005, str. 13), když uvádí: „*Autismus je celoživotní často velmi devastující postižení, které závažným způsobem ovlivní každou oblast života postiženého. Postižení v oblasti komunikace podstatně omezuje schopnost pochopit, co se děje a proč, a způsobí, že pro postiženého je nemožné účinně ovlivňovat události, lidi a prostředí. Obtíže v sociální oblasti znamenají, že sebejednodušší sociální interakce je spojena s velkými problémy.*“

O omezené schopnosti správně vyhodnocovat informace a odlišném vnímání a prožívání se zmiňují také Čadilová, Jůn, Thorová (2007, str. 12), když uvádějí, že „*dítě nedokáže vyhodnocovat informace stejným způsobem jako děti stejné mentální úrovně. Vnímá a prožívá odlišným způsobem, tudíž se jinak i chová.*“

Výše uvedené charakteristiky se shodují v tom, že autismus není jednotné postižení, ale jedná se o široké spektrum pervazivních vývojových poruch, které se mohou v chování jedince projevovat různými způsoby.

Pokud jde o **klasifikaci**, v současné době jsou platné dva klasifikační systémy poruch autistického spektra. V Evropě se používá **10. revize Mezinárodní klasifikace**

nemocí (MKN-10, ICD-10) Světové zdravotnické organizace (SZO, WHO), v USA poté **Diagnostický a statistický manuál, IV. Revize** (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace (APA) (Hrdlička, Komárek, 2004). Thorová (2012) se přiklání k tomu, že pro potřeby diagnostiky jsou vhodnější kritéria DSM-IV, a to díky přehlednosti, výstižnějšímu definování a srozumitelnosti pro praxi.

Srovnáme-li oba klasifikační systémy, zjistíme, že manuál DSM-IV obsahuje méně diagnostických jednotek, nevyskytují se v něm na rozdíl od MKN-10 diagnózy *Hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby*, *Jiné pervazivní vývojové poruchy* ani *Atypický autismus* (ty jsou přiřazeny v DSM-IV ke kategorii *Pervazivní vývojová porucha dále nespecifikovaná*).

Pro možnost porovnání terminologie a dělení poruch autistického spektra uvádím níže oba klasifikační systémy (Hrdlička, Komárek, 2004, str. 15).

MKN-10 (1992)	DSM-IV (1994)
Dětský autismus (F84,0)	Autistická porucha
Rettův syndrom (F84,2)	Rettův syndrom
Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84,3)	Dětská dezintegrační porucha
Aspergerův syndrom (F84,5)	Aspergerova porucha
Atypický autismus (F84,1)	Pervazivní vývojová porucha dále nespecifikovaná
Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84,8)	
Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (F84,9)	
Hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84,4)	Není ekvivalent

V odborné literatuře se v posledních desetiletích nejčastěji vyskytují dva pojmy, a to je *autismus* a *poruchy autistického spektra*. Gillberg a Peeters (1998) se přiklání k

tomu, že pojem autismus je zavádějící, neboť odkazuje na falešnou spojitost s „extrémní uzavřeností“, která může, ale nemusí být u jedince s poruchou autistického spektra přítomna.

Jelínková (2000) se rovněž přiklání k tomu, že slovo autismus může být někdy trochu matoucí, protože mnozí lidé si ho automaticky spojí se symptomem uzavřenosti. Dle současné všeobecně přijímané vědecké definice autismu je uzavřenost možnou, ale ne nezbytnou charakteristikou autistického postižení.

Z důvodu rozmanitosti symptomů poruch autistického spektra a výše uvedeným názorům odborníků v této oblasti budu ve své diplomové práci používat pojem **poruchy autistického spektra**.

1.1 Triáda diagnostických kritérií

Termín *triáda diagnostických kritérií* autismu zavedla v roce 1979 Lorna Wingová ve spolupráci s Judith Gouldovou na základě studie se 173 dětmi v Camberwell na jihu Londýna. Popsaly tři hlavní oblasti, ve kterých se u dětí s autismem objevovaly obtíže. Jedná se o oblast *omezení recipročních sociálních interakcí, omezení reciproční komunikace (verbální i neverbální) a omezení imaginace* (Gillberg, Peeters, 2003). Lorna Wingová rovněž vysvětluje, že pokud někdo „trpí triádou postižení v jakékoli formě, jeho osobní vývoj je vážně narušen. Lidé takto postižení shledávají život obtížným, matoucím, zstrašujícím. Jsou velmi zranitelní a utíkají k omezenému množství činností, aby našli bezpečí a předvídatelnost. Potřebují stejný typ pomoci ve vzdělávání, výchově, rekreaci i zaměstnání. Jsou závislí na jiných a musíme jim opatřit takové vnější podmínky, aby struktura organizace učinila jejich život jasnějším a snazším“ (Peeters, 1998 in Bazalová 2011, str. 40).

Thorová (2012) používá pro tři oblasti triády odlišné pojmy: *sociální interakce a sociální chování; komunikace; představitost, zájmy, hra*.

Diagnostika poruch autistického spektra není jednoduchá. Vzhledem k faktu, že

neexistuje žádná biologická zkouška, která by přítomnost tohoto postižení mohla prokázat, zaměřuje se diagnostika především na zkoumání projevů a chování daného jedince. Aby však bylo zamezeno stanovení nesprávné diagnózy, je třeba jedince podrobit komplexní diagnostice, která kromě psychologického a psychiatrického vyšetření zahrnuje také zdravotní vyšetření jedince (vyloučení metabolických poruch, sluchového nebo zrakového postižení, jiných somatických nemocí), zkoumání povahy sociálních vztahů dítěte a vyšetření mentální úrovně jedince.

Jak bylo uvedeno v předchozí kapitole, v současné době je pro poruchy autistického spektra platných více diagnostických kritérií, nejčastěji se však používají diagnostická kritéria Světové zdravotnické organizace (MKN-10), ve Spojených státech se pak častěji využívají kritéria stanovená v Diagnostickém a statistickém manuálu DSM-IV, který připravila a novelizuje Americká psychiatrická asociace (APA).

Oba diagnostické systémy jsou v diagnostických kritériích jednotné, pro stanovení diagnózy poruchy autistického spektra je nutné postižení ve **třech základních oblastech**, a to v oblasti **omezení recipročních sociálních interakcí, omezení reciproční komunikace (verbální i neverbální) a omezení imaginace** (Gillberg, Peeters, 2003, str. 35).

Zároveň aby bylo možné u jedince stanovit diagnózu poruchy autistického spektra, musí být vývojové abnormality přítomny do tří let věku.

Světová zdravotnická organizace (WHO) používá v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) následující diagnostická kritéria pro stanovení diagnózy poruchy autistického spektra:

1. *Autismus se projevuje před třemi roky věku dítěte.*

2. *Kvalitativní narušení sociální interakce:* nepřiměřené hodnocení společenských emočních situací; nedostačující odpověď na emoce jiných lidí; nedostatečné přizpůsobení sociálnímu kontextu; špatné používání sociálních signálů; chybí sociálně -

emoční vzájemnost; slabá integrace sociálního, komunikačního a emočního chování.

3. *Kvalitativní narušení sociální komunikace*: nedostatečné sociální užívání řeči bez ohledu na úroveň jazykových schopností; porucha imaginační a společenské napodobivé hry; nedostatečná synchronizace a reciprocita v konverzačním rozhovoru; snížená přizpůsobivost v jazykovém vyjadřování; relativní nedostatek tvořivosti a fantazie v myšlení; chybí emoční reakce na přátelské přiblížení jiných lidí (verbální i neverbální); narušená kadence a důraz komunikace, které jsou odrazem modulace komunikace; nedostatečná gestikulace užívaná ke zvýraznění komunikace.

4. *Omezené, opakující se stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity*: rigidita a rutinní chování v široké škále aspektů každodenního života (všední zvyky, hry); specifická přichylnost k předmětům, které jsou pro daný věk netypické (jiné než např. plyšové hračky); lpění na rutině, vykonávání speciálních rituálů; stereotypní zájmy - např. data, jízdní řády; pohybové stereotypie; zájem o nefunkční prvky předmětů (například omak, vůně); odpor ke změnám v běžném průběhu činností nebo v detailech osobního prostředí (například přesunutí dekorací nebo nábytku v rodinném domě).

5. *Nespecifické rysy*: strach (fobie); poruchy spánku a příjmu potravy; záchvaty vzteku a agrese (zvláště pokud je přítomna těžká mentální retardace); většinou chybí spontaneita, iniciativa a tvořivost při organizování volného času; potíže s koncepčností při rozhodování v práci i přesto, že schopnostmi na samotné úkoly stačí. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, str. 19)

Americká psychiatrická asociace APA v DSM-IV uvádí níže uvedená diagnostická kritéria.

1. *Kvalitativní postižení v sociální interakci je manifestováno nejméně dvěma následujícími prvky*:

- a) Výrazné postižení ve využívání mnohačetného neverbálního chování (oční kontakt, výraz obličeje, tělesné postoje, pozice, gesta) pro regulaci sociální interakce.

b) Neschopnost vytvořit přiměřené vztahy se svými vrstevníky na odpovídající vývojové úrovni.

c) Výrazné postižení ve spontánním sdílení radosti, zájmů nebo dovedností s druhými lidmi (např. nemají potřebu si prohlédnout, přinést nebo ukázat předměty, které je zajímají).

d) Nedostatečné sociální nebo emocionální vnímání druhých.

2. Kvalitativní postižení v komunikaci projevující se nejméně jedním z následujících kritérií:

a) Opoždění nebo úplný deficit ve vývoji mluvené řeči (není doprovázeno snahou kompenzovat toto postižení gesty či mimikou).

b) Výrazné postižení ve schopnosti iniciovat nebo pokračovat v konverzaci s ostatními adekvátní řečí.

c) Stereotypní a repetitivní použití jazyka nebo užívání idiosynkratického jazyka.

d) Nedostatek různých spontánních her nebo her napodobujících sociální situace na odpovídající vývojové úrovni.

3. Omezený repetitivní a stereotypní vzorek zájmů, které se manifestují alespoň jedním z následujících kritérií:

a) Výrazné zaujetí pro jeden nebo více stereotypních a omezených zájmů, které je abnormální v intenzitě nebo v zaměření.

b) Zřetelná nutkavá adherence k nefunkčnímu rutinnímu chování nebo rituálům.

c) Stereotypní motorický manýrismus (např. plácání, třepetání prsty či rukama nebo pohyby celým tělem).

d) Trvalé zaujetí pro části předmětů.

A) Celkově je třeba splňovat alespoň šest kritérií skupin 1, 2 a 3, z toho nejméně dvě kritéria ze skupiny 1, nejméně jedno kritérium ze skupiny 2 a nejméně jedno kritérium ze skupiny 3.

B) Abnormální vývoj před dosažením třetího roku, který se manifestuje jako zpožděný nebo abnormální nejméně v jedné ze tří oblastí: (1) v sociální interakci, (2) v jazyce, který je používán v sociální komunikaci, (3) v symbolické nebo imaginativní hře.

C) Nepoužívá se pro Rettův syndrom nebo dezintegrační poruchu v dětství.

Kromě výše uvedených projevů je však u poruchy autistického spektra často přítomna řada dalších symptomů, jako je hypoaktivita nebo hyperaktivita v raném dětství, hypoaktivita v adolescenci, sluchová hyper- nebo hypo-senzitivita a různé reakce na zvuky a hluk, přecitlivělost na dotek, bizarní stravovací návyky, včetně požívání nejedlých předmětů, sebezraňování, snížená citlivost vnímání bolesti, výbuchy agrese a kolísání nálad. (Gillbert, Peeters, 2003, str. 36)

Při diagnostice poruch autistického spektra používají někteří odborníci také další diagnostická kritéria, jakými jsou DSM-III-R, Kannerova kritéria, Gillbergova kritéria, Szatmari, Brenner and Nagy, Nine Points Creakové a Rutterova, a také řadu nejrozličnějších screeningových metod a standardizovaných testů, mezi něž patří ABI, ABC, ADI-R, ADOS, AQ test, A.S.A.S., ASDI, ASDS, ASDASQ, ASSQ, ASQ, ASIEP-2, ASRS, BRIAC, CARS, CHAT, CAST, DACH, DISCO, EQ, FQ, GARS, GADS, HBS, Inventář typického chování lidí s Aspergerovým chováním, KADI, PDD-MRS, PEP-R, PIA, Screening autismu – rozhovor s rodiči při podezření na PAS, SAB-2 Checklist, The Reading the Mind in the Eyes Test, The Reading the Mind in the Voice Test a WADIC (Bazalová, 2011, str. 107 – 113).

1.2 Raný vývoj u dětí s poruchou autistického spektra

První rok života

Přestože bývá diagnóza poruchy autistického spektra nejčastěji stanovena kolem třetího roku života, lze první odchylky od normálního vývoje u dítěte pozorovat již v průběhu prvních měsíců života. Považuji za důležité zmínit v rámci této kapitoly raný vývoj dětí s poruchou autistického spektra, neboť již v prvních dvou letech lze v porovnání se zdravým dítětem zaznamenat odchylky ve vývoji komunikace, sociálního chování a sociálních interakcí, které jsou předmětem mé další studie.

První známky abnormálního vývoje lze dle Gillberta a Peeterse (1998) pozorovat ve stadiu žvatlání. U dětí s později diagnostikovanou poruchou autistického spektra toto stadium často chybí, někdy je žvatlání monotónní nebo není používáno ke komunikaci. Této odchylky si však všimne málo rodičů, většina rodičů později uvádí, že abnormální vývoj v této fázi nepozorovali.

Kolem 8 – 12 měsíce věku se většina dětí začíná dožadovat pozornosti ze strany rodičů a jiných lidí. Rády opakují „paci paci“, ukazují, jak jsou velké, nechávají se rády rozesmát. U dětí s později diagnostikovanou poruchou autistického spektra tato sociální interakce chybí. Většinou po rodičích neopakují, někdy vůbec nereagují, nenaučí se ukazovat na určitý předmět, přinejmenším ne ukazováčkem. Když v pozdějším věku něco chtějí, dojdou ke známé osobě, vezmou ji za zápěstí a vedou ji k předmětu, o který mají zájem, a to bez očního kontaktu (Gillbert, Peeters, 1998).

V tomto věku začínají obvykle zdravé děti reagovat na své jméno. Rodiče dětí s poruchou autistického spektra uvádějí, že jejich dítě na své jméno nereaguje a nedaří se jim upoutat jeho pozornost ani jiným způsobem. Zároveň však na určitý zvuk nebo jiný podnět zareaguje velmi rychle, tzn. je zřejmé, že dítě netrpí vadou sluchu.

Některé děti s poruchou autistického spektra jsou už v prvních měsících života

výrazně hyperaktivní, někdy naopak extrémně hypoaktivní, přičemž komunikační styl těchto dvou skupin dětí je zcela odlišný. Hyperaktivní děti s poruchou autistického spektra bývají mnohem komunikativnější, hypoaktivní děti komunikují výrazně méně.

Část dětí s poruchou autistického spektra má opožděný motorický vývoj, někdy bývá již před prvním rokem na neurologii diagnostikován hypotonický syndrom a opožděný vývoj (Thorová, 2012).

U mnoha z nich se již v tomto věku objevuje negativní ladění, problémy se spánkem, poruchy při jídle nebo se nechají obtížně ukonejšit (Thorová, 2006).

U některých dětí se již v tomto věku projeví výrazné reakce na hluk, zvuky či vůně. De Clercq (2011) popisuje situaci, jak její syn trpící poruchou autistického spektra výrazně zareagoval na změnu parfému. Bylo mu teprve několik dní, když dostala nový parfém. Když chtěla svého syna nakojit, odmítal pít, a to tak důsledně, že začal hubnout a hodně plakal. Když poté použila svůj původní parfém, uklidnil se a začal pít.

Jedna z předních českých odbornic na diagnostiku poruch autistického spektra Krejčířová (2003, str. 10) vysvětluje, „že v prvních 6 – 9 měsících života jsou případné odchylky v chování dítěte většinou zcela nespecifické... Po 9. měsíci života dítěte je již někdy možné vyjádřit podezření na autistický vývoj, ale diagnózu je možné stanovit až ve druhém roce života.“

Druhý rok života

Během druhého roku života, kdy zdravé děti začínají používat různá slova, se u dětí s poruchou autistického spektra řeč nevyvíjí a tyto děti ji nepoužívají k sociální interakci. Většinou si osvojí několik slov, která používají, a za čas z jejich slovníku opět vymizí. To potvrzuje fakt, že nejde o poruchu řeči, ale o komunikaci a používání řeči v sociálním kontaktu. Mnoho dětí s poruchou autistického spektra zůstává po tomto stadiu němá, tzn. nevytvoří si žádný použitelný jazyk. U další části dětí přichází po určitém období stagnace fáze, kdy začnou opakovat to, co slyší od jiných, což je běžné

i u zdravých dětí, na rozdíl od nich však u dětí s poruchou autistického spektra tyto echolálie přetrvávají celé měsíce i roky. Velmi častá je u nich také palilálie, tj. stálé opakování vlastních slov či vět nesouvisejících s danou situací (Gillbert, Peeters, 2008).

Jak uvádí Thorová (2006, str. 233), „*za abnormální vývoj lze považovat stav, kdy dítě v 6 měsících nereaguje vzájemným sociálním úsměvem, do 12 měsíců nežvatlá a negestikuluje, do 16 měsíců neukazuje ukazováčkem na zajímavé předměty a neužívá slova a ve 2 letech spontánně neužívá věty.*“

U dětí s poruchou autistického spektra můžeme zaznamenat následující typy vývoje řeči:

- 1. Dítě říkalo první slova, poté vývoj ustal, následovala regrese a dítě přestalo mluvit.*
- 2. Dítě mluvilo a mluví, ale pouze s pomalým progresem.*
- 3. Řeč se nikdy neobjevila.*
- 4. Řeč se objevila, ale přestala se vyvíjet a dítě ustrnulo na tomto stupni vývoje.*

Krejčířová (2003) však připomíná, že v tomto věku ještě nelze hodnotit kvalitativní odchylky řeči, tato kritéria jsou podle ní použitelná až od čtyř let věku.

De Clercq popisuje (2011), že její syn začal mluvit velmi brzy, ale jeho řeč byla velmi zvláštní a specifická. Dokázal zazpívat celé partie Mozartova Requiem, stále opakoval „Johanko, dej mi naději“, ale ničemu z toho nerozuměl. Na druhou stranu nikdy nezopakoval název obrázku, který si s maminkou prohlížel v knize.

V oblasti sociálního vývoje je vývoj u dětí s poruchou autistického spektra velmi různorodý. Jak uvádí Thorová (2006), zájem o sociální kontakt u dětí s poruchou autistického spektra v raném věku je omezenější, nekonzistentní, dítě se nesnaží napodobovat činnosti, které vidí u rodičů. Pokud jde o dětské hříčky a různé společné

aktivity, dítě obvykle neprojevuje radost, nebo jen krátce a v omezené míře. Už v tomto věku odpovídají zvláštnosti v sociálním chování čtyřem typům sociálního chování podle Wingové, které jsou popsány níže v kapitole 1.3.

Pokud jde o hru, začíná se v tomto věku objevovat ulpívavá tendence. Děti s poruchou autistického spektra se obvykle zrakově nebo manipulačně fixují na jeden předmět a nejsou ochotny zaměřit pozornost na předměty jiné. Obvykle se nezajímají o klasické hračky a nevědí, jak si s nimi hrát. U hry dlouho nevydrží, dokážou se soustředit jen několik vteřin. Dlouhodobě se dokážou soustředit na některé stereotypní činnosti, jako je roztáčení koleček u auta, kývání předmětem ze strany na stranu apod. Děti s poruchou autistického spektra jsou málo schopné spolupracovat, střídají nálady, na požadavky jiné osoby reagují velmi nepružně.

U dětí s poruchou autistického spektra se do věku tří let obvykle také objeví zvláštní pohyby, jako je chůze na špičkách, kývání tělem, třepání rukama, nastavování rukou do různých poloh apod.

Někdy je v tomto věku patrný také vývojový regres, kdy dítě ztrácí dovednosti, které si již prokazatelně osvojilo. Velmi často se to děje v oblasti vývoje řeči, sociální interakce, neverbální komunikace, sdílené pozornosti a symbolické či napodobivé hry (Thorová, 2006) .

Předškolní věk

Jak uvádějí Gillbert a Peeters (1998), ve věku dvou až tří let již bývají rozdíly v oblasti sociálních vztahů u dětí s poruchou autistického spektra zcela zřejmé. Tyto děti se nezajímají o jiné osoby ani o své vrstevníky. Podle stupně poruchy se buď vyhýbají nebo nevyhýbají kontaktu s ostatními, je jim příjemný či nepříjemný fyzický kontakt s blízkou osobou, ale zásadním projevem je nedostatek vzájemnosti.

Lawson (2008), které ve 42 letech diagnostikovali Aspergerův syndrom, popisuje, že obyčejné interakce, které provázejí každodenní společenský život, pro ni byly vždy

záhadou. Emoce pro ni byly nesrozumitelné a matoucí, nebyla schopna rozlišit mezi strachem, vztekem, úzkostí, frustrací či zklamáním. Zdvořilost, laskavost a důvěrnost pro ni byly znepokojivé, protože nechápala jejich účel, často se cítila odtržená od světa kolem sebe, protože jí nebylo jasné, jaká reakce se od ní očekává nebo jak se má zachovat správně.

Thorová (2006) nastiňuje, že někdy bývá klíčovým okamžikem pro zjištění, že s dítětem není něco v pořádku, vstup do mateřské školy. Na odlišné chování dítěte mohou upozornit pedagogové, kteří si všimnou, že dítě je v kolektivu pasivní, hraje si pouze o samotě, nebo naopak je velmi aktivní, ale jeho výrazně omezené zájmy jsou natolik bizarní a ulpívavé, že přitahují pozornost okolí.

To potvrzuje i Krejčířová (2003), když uvádí, že v tomto věku u dětí s poruchou autistického spektra stále přetrvává nereaktivita na okolí a sociální podněty. Děti jsou samotářské, i ve své stereotypní hře si postačí samy.

Gillbert a Peeters (1998) k tomuto tématu dále vysvětlují, že děti s poruchou autistického spektra nevyhledávají hry a vztahy založené na reciprocitě (dej – ber), někdy jsou ve společnosti svých vrstevníků tak zmatené, že začnou křičet, bít se, nebo se jinak dožadují samoty. Jindy stojí někde o samotě, obrácené k ostatním dětem zády. To potvrzuje také Thorová (2012), když uvádí, že děti s poruchou autistického spektra mají někdy problémové chování typu agrese, sebezraňování, záchvaty vzteku apod.

Některé děti s poruchou autistického spektra projeví zájem o sociální kontakt, ale často se pak jejich vztah k okolí vyvíjí nepřiměřeně.

Gillbert a Peeters (1998) a Thorová (2012) se shodují v tom, že u dětí s poruchou autistického spektra lze často také zaznamenat, že si neumějí hrát s hračkami a některými stereotypními činnostmi se zabývají stále dokolečka. Zároveň se však mohou fixovat na jednu hračku, kterou nosí stále s sebou. Nápadnými činnostmi se stává stavění věcí do řad, jejich třídění dle určitého klíče, sestavování do určitých vzorů apod.

Jak už bylo zmíněno, u předškolních dětí s poruchou autistického spektra je již zřetelné stereotypní chování, lze si ho všimnout u pohybu nebo u verbální komunikace, když mluví o svých zájmech. O předchozích vývojových etapách bylo řečeno, že děti s poruchou autistického spektra nezvládají změny, v tomto věku je to však ještě dramatičtější. Děti reagují někdy až panicky byť na drobné obměny či na některé běžné situace a předměty např. přesunutí vázy na stole, cesta do obchodu jinou cestou apod. Tento typ chování je nejčastěji způsoben nepochopením celku situace (Krejčířová, 2003).

Pokud jde o vývoj řeči, děti s poruchou autistického spektra často chybně používají osobní zájmena. Místo „já“ používají „ty“, „ona“ místo „on“, místo „my“ používají „vy“ apod. Zároveň mohou mít velmi rozvinutou slovní zásobu, především u podstatných jmen a sloves, avšak velmi často nerozumí smyslu těchto slov (Gillbert, Peeters, 1998).

U dětí s opožděnou nebo nefunkční řečí dochází dle Thorové (2006) často mezi pátým a šestým rokem ke zlepšení řeči, ustupuje echolalie, děti začínají postupně používat zájmena a mluvit v rozvitějších větách. Jejich řeč se stává komunikativnější, spontánnější a děti začínají komunikovat v systému otázka – odpověď.

1.3 Sociální charakteristiky u dětí s poruchou autistického spektra

Sociální dovednosti jsou schopnosti, které člověk přirozeně uplatňuje při kontaktu s druhými lidmi. Vycházejí ze psaných i nepsaných norem společnosti, které určují, jak se máme v kontaktu s druhými lidmi chovat. Sociální dovednosti jsou pro společnost důležité, protože jí zajišťují pořádek a předvídatelnost a přenášejí společenské normy, hodnoty, sociální role, jazyk a další společenské aspekty z generace na generaci.

Lidé s rozvinutými sociálními dovednostmi jsou ve společnosti považováni za schopné a obvykle jsou úspěšní. Lidé je mají rádi a jejich společnost obvykle vyhledávají. Naproti tomu lidé s narušenými sociálními dovednostmi jsou považováni za nevychované, sebestředné, nespolečenské a to vede k jejich odmítání a následně sociální izolaci, frustraci, sníženému sebevědomí, obav z kontaktu s druhými lidmi, pocitům osamocení.

Jak již bylo zmíněno v kapitole 1.2, jednou ze tří základních narušených oblastí u jedinců s poruchou autistického spektra je oblast **sociálního chování**.

Protože děti s poruchou autistického spektra jsou nadměrně vázány na realitu, kterou vnímají doslova a často rigidním způsobem, a mají sníženou schopnost představivosti, je pro ně velmi obtížné porozumět mezilidským vztahům a mezilidské komunikaci, které vyžadují vyšší míru schopnosti abstrakce, schopnosti „vidět za zjevnou realitu“, vyšší míru porozumění emocím, úmyslům, nadsázce, ironii apod.

Vilášková (2006) uvádí, že pokud chceme zjistit, jak se cítí dítě s poruchou autistického spektra ve společnosti jiných lidí, můžeme si představit, že bychom byli ve společnosti Italů. Snažíme se jim porozumět, ale nikdo nás jejich řeč nenaučil. Chceme něco říci gesty, ale ani těm nerozumí. Máme pocit, že vše je ztraceno, jsme bezmocní. Jsme na ně zlí, protože nám nerozumí. Nakonec si nás přestanou všimnout, protože se s nimi nedokážeme domluvit. Potřebujeme někoho, kdo nám rozumí a přeloží nám, o co jde. Pokud ho najdeme, máme pocit, že již nejsme tak sami, a držíme se ho.

Peeters (1998) přirovnává „zmatení“ dítěte s poruchou autistického spektra ve společnosti k situaci, kdy se ocitneme na fotbalovém hřišti, aniž bychom znali pravidla hry, zatímco naši spoluhráči od nás očekávají, že se zapojíme do hry. Protože neznáme pravidla, může nás to vést ke „stažení se“ ze hry. Pokud po nás však hráči chtějí, abychom se zapojili, můžeme propadnout panice a začít se vztekat, protože pravidla i hra jsou pro nás příliš složitá. V průběhu hry se přestáváme děnit kolem sebe tolik obávat, zvykáme si na něj, ale ostatní lidé už od nás přestávají naši aktivitu vyžadovat a iniciovat ji, a proto ustupujeme do pasivní pozice. V další fázi se poté může stát, že pravidla hry okoukáme a chceme se do hry zapojit, ale při hře jen opakujeme okoukané, bez jejího hlubšího porozumění. Jinými slovy opakujeme to, co jsme viděli u ostatních, abychom byli „uvnitř hry“, ale naše tahy jen kopírují viděné.

Lorna Wingová zabývající se v letech 1979 až 1996 sociální interakcí u dětí s poruchou autistického spektra popsala **čtyři typy dětí**, které se v sociální oblasti projevovaly velmi odlišně: **osamělý typ, pasivní typ, aktivní – zvláštní typ a formální –**

afektovaný typ (Bazalová, 2011). Tato klasifikace dnes bývá běžně využívána. Thorová (2006), která doporučuje uvádět typ sociálního chování také v diagnostickém závěru, však upozorňuje, že způsob sociální interakce není neměnný a stabilní, ale může se v průběhu vývoje a s věkem měnit. Pasivní dítě se může stát dítětem aktivním, ale zvláštním, osamělý typ se věkem může stát typem aktivním. Některé děti, které mohou být v raném věku samotářské, vyhýbají se blízkým lidem a ignorují je, se ve věku od tří do pěti let mohou stát sociálně více aktivními a s rodiči začít navazovat výběrový kontakt.

U jedinců s poruchou autistického spektra tedy můžeme vysledovat zcela různorodé znaky sociálního chování, které má dva extrémní póly. Prvním pólem je osamělý jedinec, který odmítá jakýkoli sociální kontakt, nejraději tráví čas o samotě, ruší ho hlasité zvuky a nejčastěji se věnuje některé ze svých stereotypních her. Jeho protikladem je jedinec aktivní-zvláštní, který je nepřiměřeně sociálně aktivní, snaží se navázat kontakt s každým a vůbec si neuvědomuje a nedodržuje sociální normy (Thorová, 2006).

Děti s poruchou autistického spektra mají narušené typické základní oblasti sociálního chování:

Navazování sociálního kontaktu

Osamělý typ dítěte s poruchou autistického spektra neprojevuje žádnou snahu nebo pouze minimální o navázání fyzického kontaktu, často se mu aktivně vyhýbá, přestože některé fyzické doteky mohou mít děti osamělého typu rády. *Pasivní děti* projevují omezenou spontaneitu v sociální interakci, kontaktu se obvykle nevyhýbají, ale ani ho neinicují. Pasivně také akceptují fyzický kontakt, který si však chtějí řídit. *Aktivní-zvláštní typ* je velmi spontánní a nepřiměřený v sociální interakci a často projevuje sociální dezinhibici, tzn. fyzicky kontaktuje cizí lidi, nedodržuje osobní vzdálenosti, dotýká se cizích lidí, hladí je, i když je nezná, a často svým chováním ostatní obtěžuje. *Formální typ* se projevuje velmi konzervativně, působí chladným dojmem a jeho otažité chování se může projevit i vůči rodinným příslušníkům (Thorová, 2006 volně dle L. Wing).

Vztahy s vrstevníky

Děti *osamělého typu* neprojevují obvykle zájem o vrstevníky. Odmítají kolektivní hry a ve skupině dětí se stahují do ústraní. *Pasivní děti* jsou schopny se pasivně zúčastnit hry s vrstevníky, o které někdy projevují zájem, ale nedokážou se do hry s vrstevníky zapojit aktivně. Zároveň z běžného sociálního kontaktu, jako je rozhovor nebo společenská akce, nemají příliš velké potěšení. Děti *aktivního – zvláštního typu* navazují kontakt s vrstevníky stejně jako s ostatními lidmi nepřiměřeně, nejsou schopny chápat pravidla společenského chování a kontext sociální situace. Objevuje se u nich často ulpívavý oční kontakt nebo oční kontakt postrádá komunikační funkci, neboť chybí jeho koordinace s řečí a gesty. Děti *formálního typu* se chovají odtažitě a ve vztahu k vrstevníkům jsou velmi konzervativní, často působí až chladným dojmem (Thorová, 2006 volně dle L.Wing).

Děti s poruchou autistického spektra jsou často kvůli svému nápadnému, nepřijatelnému, někdy samotářskému nebo agresivnímu chování svými vrstevníky odmítány. Zároveň pro ně samotné je velmi obtížné orientovat se v mnohvrstevných a proměnlivých sociálních vztazích. Proto některé z nich vyhledávají společnost dětí mnohem mladších, jiné naopak dávají přednost dospělým. Dospělý člověk bývá někdy pro dítě s poruchou autistického spektra více „čitelný“, umí předpokládat jeho reakce a obvykle má menší nároky na kognitivní vnímání dítěte. S postupujícím věkem se u některých dětí s poruchou autistického spektra snaha vyhnout se kontaktu s vrstevníky změní ve snahu získat přátele a být kolektivem vrstevníků přijímán. Většinou se však stane, že díky tomu, že si tyto děti nejsou vědomy svých potíží, nezvládnou náročnost sociální situace (Jelínková, 2000, str.5).

Lawson uvádí, že obyčejné interakce, které provázejí každodenní společenský život, pro ni byly vždy záhadou. Zdvořilost, laskavost a důvěrnost pro ni byly znepokojivé, protože nechápala jejich účel, často se cítila odtržená od světa kolem sebe, protože jí nebylo jasné, jaká reakce se od ní očekává nebo jak se má zachovat správně. Ve věku dospívání měla velký problém se vztahem k ostatním spolužákům. Jak uvádí ve svém

životopise, s rodinou se velmi často stěhovali, a proto často měnila školy, ale vždy měla s ostatními spolužáky velké potíže: „*Spolužáky brzy omrzely mé stále se opakující historky a naprostý nedostatek vnímavosti vůči jejich právům a potřebám. Po celou dobu školy mě mnozí z nich fackovali, kopali, vysmívali se mi nebo mě terorizovali. Když se mi posmívali nebo mě šikanovali, bylo nejlepší předstírat, že to nevidím.*“ (Lawson, 2008, str. 50).

Nedostatek potřeby sdílet a reciprocity

Jedním z charakteristických znaků dětí s poruchou autistického spektra je jejich snížená nebo minimální potřeba sdílet s ostatními pozornost, zážitky, zkušenosti, emoce, pocity apod. Nevyhledávají kolektivní soutěže nebo hry založené na principu „dej-ber“. Nechtějí se se svými rodiči nebo vrstevníky podělit o radost ze zdařilého výkonu, obrázku nebo o zážitek či zkušenost, kterou prožili. Jak uvádí Jelínková (2000), pokud dítě s poruchou autistického spektra chce mít ve škole samé jedničky, je to proto, že se naučilo, že mít jedničky je správné, nestojí za tím soutěžením se spolužáky nebo snaha potěšit rodiče. A stejně jako tyto děti nejsou schopné sdílet s ostatními radostné pocity, nejsou schopny sdílet ani smutek či bolest.

Pasivní typ je samotářský, očnímu kontaktu se vyhýbá, nevyhledává útěchu, nezajímá se o vrstevníky a společnou činnost, ve skupině se stahuje do ústraní. Někdy může být i velmi aktivní, ale bez schopnosti empatie a schopnosti vnímat reakce ostatních osob. Pasivní děti jsou schopny pasivně akceptovat kontakt s ostatními, ale neumějí dát najevo své potřeby, projevují pouze omezenou schopnost empatie a sociální intuice, neumějí poskytnout útěchu, podělit se, poprosit o pomoc. *Aktivní – zvláštní* děti někdy při kontaktu s ostatními ulpívají na jednom tématu vlastního zájmu, aniž by si všimly, že to druhé obtěžuje, nejsou schopny upozorovat neúčast nebo nezájem druhých. *Děti formálního typu* bývají sociálně naivní, pravdomluvné, bez schopnosti empatie, často svými výroky šokují ostatní (Thorová, 2006 volně dle L.Wing).

Vnímání a projevy emocí a pocitů

Přestože se někdy uvádí, že děti s poruchou autistického spektra nedokáží porozumět emocím a pocitům a vyjádřit je, neznamená to, že je nemají. Lawson (2008, str. 20) popisuje situaci, kdy se cítila raněná otcovými slovy: „*Popsal mě jako „zvláštní“ a vyprávěl nějaké příhody z mého dětství. Řekl, že mi nikdy nerozuměl. Jeho slova mě hluboce ranila. Proč říká taková slova mé sestře, a ne mně? Přemýšlela jsem o tom a trápilo mě to.*“

Projevy lítosti, bolesti, smutku u těchto dětí mohou být pak někdy pro ostatní zcela nepochopitelné a nepřijatelné, jako např. u chlapce, který chtěl projevit bolest nad ztrátou svého otce tak, že se stále vyptával na podrobnosti otcovy smrti, což ostatní vnímali jako provokaci (Jelínková, 2000).

Obecně u všech čtyř typů jedinců s poruchou autistického spektra lze konstatovat, že stejně jako je pro tyto děti obtížné projevit své emoce a pocity, je pro ně téměř nemožné porozumět a interpretovat mimiku, výraz obličeje, gesta, tón hlasu apod. druhých osob. Pro zdravé dítě znamená úsměv matky povzbuzení, ujištění, že ho má ráda, sounáležitost, naopak zamračení si vykládá jako „To se mi nelíbí“ nebo „Zlobím se“. Porozumění mimice, gestům, tónu hlasu umožňuje zdravému dítěti orientovat se v náladách ostatních lidí a odpovídajícím způsobem na ně reagovat. Děti s poruchou autistického spektra jsou o toto porozumění a orientaci ochuzeny. Rodiče jim mohou vysvětlit, že pokud se na ně někdo směje, znamená to, že je rád vidí, cítí se s nimi dobře, má je rád. Už mu ale nemohou vysvětlit rozdíl mezi úsměvem a výsměchem. Dítě pak tedy není schopno rozlišit, kdy se na něj někdo usmívá a kdy se mu vysmívá.

Na rozdíl od *osamělých, pasivních a formálních* dětí nemají děti *aktivního* typu při kontaktu s lidmi k druhé osobě většinou žádný, nebo mají jen minimální vztah, ale při kontaktu s ní většinou nedodržují intimní vzdálenosti, lidé se dotýkají, líbají je, hladí je, přestože je vůbec neznají (Thorová, 2006 volně dle L.Wing).

Snížená schopnost dodržovat společenské normy

Jednou z dalších obtížných oblastí pro děti s poruchou autistického spektra je oblast společenských norem a konvencí. Zatímco zdravému dítěti rodič jednoduše vysvětlí, proč nemůže např. na ulici sahat cizím lidem na barevné knoflíky na kabátu, pro dítě s poruchou autistického spektra je tato norma těžko pochopitelná.

Musí vynaložit velké úsilí na to, aby porozumělo normám, co se kdy a v jaké společnosti dělá a nedělá, co se od něj očekává, co za žádných okolností nesmí dělat apod. Poté dochází k tomu, že tyto děti přistupují ke všem situacím dle šablony, tzn. pokud se jednou naučily v určitém kolektivu specifickému chování, budou ho neustále opakovat, přestože se okolnosti i vztahy se skupině mohou změnit. Zároveň pokud se určitému chování naučily v dětském věku, obvykle ho opakují i v dospívání a dospělosti, aniž by vnímaly, že je vzhledem k jejich věku již nevhodné.

Děti *pasivního typu*, jak uvádí Thorová (2006, volně podle L. Wing), mohou být někdy agresivní, vtrhnout mezi ostatní děti, ničit jejich hračky, nevnímat jejich reakce. *Aktivní děti* obvykle velmi obtížně chápou pravidla společenského chování a kontext sociálních situací jim často také zcela uniká. Naopak *děti formálního typu* přísně dbají na dodržování společenských rituálů a pravidel, někdy až obsedantně, a při jejich porušení u nich může dojít k afektům. Rovněž bývají na svůj věk abnormálně zdvořilé.

Sociální komunikace

Jednou z nejpřirozenějších charakteristik při vzájemné komunikaci dvou osob je navázání očního kontaktu. Ujišťujeme se tím, že nás druhý člověk vidí, vnímá a zároveň mu dáváme najevo, že i my na něj usměřňujeme pozornost.

Děti *osamělého a pasivního typu* se obvykle vyhýbají očnímu kontaktu, a pokud ho navazují, pak bývá obvykle neurčitý, bez komunikačního významu. Sociální komunikace u nich není spontánní nebo zcela chybí, komunikaci využívají především k uspokojení svých vlastních potřeb. *Děti aktivní* komunikují velmi intenzivně, obvykle

však mají při komunikaci omezený, malý či žádný vztah k posluchači. Řečové perseverace se většinou týkají oblasti jejich zájmu, který má často bizarní charakter. Mívají oblibu v jednoduchých sociálních rituálech, jako je např. pozdrav či dotaz na jméno. Kontext sociálních situací však těmto dětem obvykle uniká. Děti *formálního typu* se chovají velmi konzervativně, bývají sociálně naivní, pravdomluvné, bez schopnosti empatie (Thorová, 2006 volně dle L.Wing).

1.4 Komunikace u dětí s poruchou autistického spektra

Schopnost dorozumět se s druhými lidmi patří k základním potřebám každého člověka. Komunikace je prostředkem pro sociální interakci a velmi jednoduše řečeno představuje výměnu informací mezi dvěma nebo více lidmi. Zdravý člověk si bez komunikace nedokáže život vůbec představit. Jejím prostřednictvím navazuje s druhými vzájemný kontakt, sděluje jim své pocity, dojmy, potřeby, přání či informace, které považuje za důležité.

Klenková (2006, str. 25) definuje komunikaci jako obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. „Komunikace významně ovlivňuje rozvoj osobnosti, je důležitá v mezilidských vztazích, je prostředkem vzájemných vztahů.“

Vermeulen (2006) si pod komunikací představuje hlavní prostředek, jímž člověk přiřazuje věcem význam. Skrze ni se přenáší význam od jednoho člověka k druhému. Je to jednoduchý proces, v němž jsou významy kódovány a dekodovány, interpretovány a re-interpretovány. Komunikace je dle tohoto autora rozluštitelná forma. Může mít **verbální** i **nonverbální** podobu, autor uvádí konkrétně *mluvenou řeč*, *psanou řeč*, *symbolickou řeč* (kresby, fotografie), *řeč těla* (mimika, gesta) a *řeč předmětů* (když chceme objednat pití v restauraci, zvedneme skleničku).

Proces komunikace probíhá prostřednictvím slov, **verbální komunikace**, nebo prostřednictvím gest, postojů, posunků, tedy **neverbální komunikace**. **Verbální** komunikace je taková forma komunikace, která se uskutečňuje za pomoci mluvené nebo

psané řeči. Sociální vztahy jsou závislé na schopnosti této komunikace (Klenková, 2006). **Neverbální** komunikace je původním způsobem navazování sociálních kontaktů. K neverbální komunikaci patří gesta, postoj těla, výraz tváře, pohled očí, tělesný kontakt (Nakonečný, 1999).

Jednou z oblastí, která je u jedinců s poruchou autistického spektra postižena, je oblast **komunikace**. Její postižení může být různého druhu i stupně. Jak uvádí Thorová (2006), řeč nemusí být u jedinců s poruchou autistického spektra narušena, ale komplexní řečový vývoj vždy vykazuje odchylky. Na příkladu jedinců s Aspergerovým syndromem ilustruje, že přestože mohou mluvit dobře, objevují se u nich deficity v některých řečových dovednostech po celý život, nedokážou porozumět vtipu, nadsázce, ironii apod. Porucha komunikace se u dětí s poruchou autistického spektra dle autorky projevuje na úrovni receptivní (porozumění) i expresivní (vyjadřování), verbální i neverbální.

Narušení komunikace u jedinců s poruchou autistického spektra vychází především z omezené schopnosti vnímat a chápat význam vzájemné komunikace, jinými slovy tito jedinci nerozumí, že si prostřednictvím komunikace mohou „říct“ například o splnění svých potřeb nebo přání. Jak uvádí Jelínková (1999), jedinci s poruchou autistického spektra nerozumí tomu, že prostřednictvím komunikace mohou ovlivnit své prostředí. Chápání významu komunikace je u nich rozvinuto nedostatečně.

U verbální komunikace specifikuje Thorová (2006) potíže v následujících oblastech: *fonetika* (artikulační, akustická a percepční povaha zvukových prvků); *prozódie* (melodie, přízvuk, rytmus a rychlost řeči, intonace); *syntax* (mluvnická stavba vět a souvětí, větná skladba); *sémantika* (významová stránka jazykových jednotek); *pragmatika* (jazykový styl, praktické užívání jazyka, znaky vztahující se k mluvčímu).

Obtíže v neverbální komunikaci lze poté dle autorky zaznamenat v těchto dílčích oblastech: *gesta*, *mimika* (výraz obličeje, výraz), *posturace těla* (držení těla), *oční kontakt*, *fyzická manipulace*, *problémové chování jako forma komunikace*, *znakový a posunkový jazyk*.

Své tvrzení dokládá příklady dětí s poruchou autistického spektra. Zmiňuje například potíže chlapce v oblasti očního kontaktu: „*Lidé nechápou, jak je pro mne obtížné dívat se lidem do očí. Velice mne to vyrušuje. Působí to na mne až děsivě. Strach se zmírňuje teprve tehdy, když je osoba ve větší vzdálenosti...*“, nebo 28leté ženy, která popisuje svou situaci „*Moji spolupracovníci si o mně myslí, že jsem divná. Poznají to podle mého očního kontaktu. Nikdy nevím, jak dlouho se mám dívat lidem do očí. Podle jejich slov na mě prý příliš dlouho blbě zírám. Snažím se tedy nezírat, ale chovám se pak prý zase nespolečensky...*“ (Thorová, 2006, str. 104)

Příčiny omezené schopnosti jedinců s poruchou autistického spektra komunikovat s druhými osobami připisuje Jelínková (1999) problémům v níže uvedených oblastech:

– *Inflexibilní kognitivní styl* (předpokládá se, že u dětí s poruchou autistického spektra je souhra pravé a levé hemisféry zpomalena nebo dokonce chybí, a proto vždy používají slova či věty ve významu, ve kterém se ho kdysi naučily).

– *Problémy s abstrakcí* (dítě s poruchou autistického spektra vnímá jen to, co vidí, není schopno pochopit abstraktní pojmy).

– *Problémy s chápáním symbolů* (tyto děti mají potíže s chápáním emocí, nerozumí výrazům obličeje, gestům či zabarvení hlasu).

– *Problémy s chápáním souvislostí* (protože děti s poruchou autistického spektra jsou úzce vázány na realitu, nejsou schopny dávat věci do širších souvislostí).

– *Problémy s generalizací* (slova, která dítě s poruchou autistického spektra slyší v některé situaci, jsou pro něj v jiné situaci nesrozumitelná, nedokáže spontánně zobecňovat).

– *Problémy se zájmeny*.

– *Problémy s pamětí* (dětí s poruchou autistického spektra mají většinou

krátkodobou paměť, po delším čase mívají potíže s vybavováním slov a vět).

– *Problémy se sociální komunikací* (zatímco zdravý člověk rád navazuje komunikaci s druhými, děti s poruchou autistického spektra nemají ve většině případů rozvinutou tuto schopnost a neznají radost ze vzájemné komunikace).

O omezené schopnosti těchto jedinců rozumět symbolům, z nichž se mezilidská komunikace skládá, se zmiňuje Vermeulen (2006, str. 61): „*Všechny formy řeči jsou odkazy. Ukazují na fundamentální, neviditelné významy. Odkazy jsou totožné se symboly. Řeč je tak systémem složených symbolů. Bez symbolů neexistuje komunikace, žádná interakce mezi lidmi. Symboly činí náš svět světem sdíleným. Všichni jsme se narodili s neuvěřitelným darem: s talentem vytvářet symboly a rozumět jim... To není případ jedinců s autismem. Nemají stejné počáteční vybavení pro zacházení se symboly. Většina našich běžných lidských symbolů je mimo jejich chápání, protože symboly jsou příliš abstraktní. Kvůli problémům se svým vybavením v oblasti představivosti zabřednou jedinci s autismem často do procesu (de)kódování.*“

Kromě výše uvedených aspektů zmiňuje Vermeulen (2006) u jedinců s poruchou autistického spektra také potíže s přiřazováním významu jednotlivým slovům, neschopnost rozlišit mezi já – ty, neschopnost rozlišit správný význam u slov, která mají mnohočetné významy, či nedostatečné porozumění dvojsmyslným slovům.

Jak již bylo uvedeno, postižení komunikace je u jedinců s poruchou autistického spektra velmi různorodé. Některé děti s poruchou autistického spektra mluví, používají verbální komunikaci, ale nejsou schopny ji užívat v sociálním kontextu. Jak vysvětluje Jelínková (1999), pokud dítě s poruchou autistického spektra mluví, není schopno konverzovat, začít konverzací a udržet ji.

Kromě výše uvedených znaků se lze u jedinců s poruchou autistického spektra setkat s dalšími typy narušené komunikace, kterými jsou:

– *Mutismus* (dítě nemluví nebo mluví velmi málo, projevuje malý zájem o mluvené

slovo. Může, ale nemusí reagovat na řečové pokyny.)

– *Omezená mimoslovní komunikace* (málo (nebo vůbec) používá ukazování, oční kontakt je méně kvalitní, mimika a gesta jsou chudší, nekývne na souhlas, nevýrazně (nebo vůbec) zavrtí hlavou při nesouhlasu. Málo (nebo vůbec) koordinuje gesta s očním kontaktem, nesleduje směr pohledu druhé osoby, nepodívá se do očí, aby získal souhlas, pochvalu nebo sdílel společný zájem).

– *Jednostranná komunikace* (mluví převážně o vlastních tématech, dialog vážne, nezajímá se o potřeby a zájmy posluchače. Může být obtížné získat požadované informace pokud nejde o naučená témata. Klade banální dotazy, otázky, na které zná odpověď, nebo otázky týkající se jeho zájmů, nebo téměř neklade otázky.)

– *Omezené praktické používání komunikace* (objevují se společensky nevhodné výroky, užívání vulgarit, potíže s vykáním, pozdravem a zdvořilostí. Problémy s oslovením, vyjádřením prosby, společenskou konverzací. Má obtíže vyjadřovat své pocity, povídat informace z minulosti. Nepřizpůsobí komunikaci sociální situaci.)

– *Zvláštní projevy v řeči* (mechanicky opakuje slyšené, zaměňuje zájmena, má potíže s gramatickou strukturou věty, nepoužívá rozvitá souvětí. Řadí slova bez kontextu tak, že tvoří slovní salát. Lpí na určitých výrazech, má potíže s přiměřenou intonací a hlasitostí řeči. Mluví mimo kontext... má tendence opakovat určité výrazy či věty stále dokola.) (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, str. 15).

Mnoho odborníků se shoduje v tom, že narušená komunikace vyžaduje vždy profesionální intervenci, a to co nejdříve. Bazalová (2011) upozorňuje na to, že je důležité nevyčkávat, ale začít pracovat s rozvojem komunikace co nejdříve. Děti, u nichž se řeč nerozvinula nebo se vytratila a které zůstaly na úrovni neverbální komunikace, potřebují efektivní systém náhradní komunikace, aby se mohly s okolním světem dorozumět a lépe se v něm zorientovat, jako je například některý ze systémů nebo prvků AAK (alternativní a augmentativní komunikace).

Rovněž Jelínková (1999) se přiklání k tomu, že je třeba pro děti s poruchou autistického spektra vyhledat nejvhodnější formu komunikace, kterou je ta, která jim umožní být co nejvíce nezávislé. Může to být například komunikace s vizuální podporou (fotografie, obrázky, piktogramy, předměty), jejíž používání může vést ke zvýšení samostatnosti a následně snížení negativních jevů v chování.

Příklad negativního chování způsobeného neporozuměním v komunikaci uvádějí Čadilová, Žampachová (2008, str. 143), když zmiňují případ pětileté dívky, která se někdy vzteká, křičí a ubližuje si, když nerozumí požadavkům, které jsou na ni kladeny: *„Alenka používá ke komunikaci a k vyjádření jen několik slov, která nestačí zajistit jejich každodenní potřeby a přání v plném rozsahu. Expresivní složka řeči (verbální vyjadřování) je, vzhledem k fyzickému věku, výrazně narušená. Proto často k ovlivnění svého okolí používá vztek a křik.“* Rodiče proto začali využívat také neverbální prostředky (gesta, ukazování, předměty), na které však dívka velmi často nereaguje. Kromě ukazování na předměty neverbální prostředky komunikace nepoužívá nebo je používá velmi omezeně.

Jako doporučení pro efektivnější komunikaci a předcházení negativním důsledkům neporozumění u dětí s poruchou autistického spektra Čadilová a Žampachová (2008) doporučují: používání klíčových slov nebo jednoduchých vět, v nichž se dítě stačí orientovat; používání slov či vět doplněné „přehrávanými“ gesty či mimikou, doplňování komunikace vizualizovanými předměty a v případě, že dítě nerozumí, využití jiných slov, jiné formulace vět apod.

2 CANISTERAPIE

Autorem termínu canisterapie se stala v roce 1993 PhDr. Jiřina Lacinová, která byla společně se sdružením Filia průkopníkem a osvětovým pracovníkem v tomto oboru. Termín canisterapie se skládá ze dvou slov: *canis* (latinsky pes) a *terapie* (řecky léčba) a doslova znamená *terapii prostřednictvím psa*.

U nás se název všeobecně vžil a je dodnes používán, v zahraniční literatuře však tento pojem nenajdeme. Jak uvádí Nerandžič (2006), anglosaská literatura používá nejčastěji označení „*léčení prostřednictvím domácích mazlíčků*“.

V dnešním pojetí se pojmem canisterapie označuje způsob terapie, která využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž pod zdravím chápeme dle definice Světové zdravotnické organizace stav psychické, fyzické a sociální pohody (Galajdová, 1999). Galajdová, Galajdová (2011, str. 15) dále rozvádějí, že pod canisterapií lze rozumět „*duši hojící pocit, který v nás zanechává kontakt s milým a bezprostředním psem, pocit, že nejsme sami, že někoho zajímáme a že někdo nás má rád a těší se na nás. Pociť, který nám pomáhá čelit každodenním trampotám a dává vůli jít životem dál... Pozitivní pocit, který má nejen psychické, ale i fyzické dopady...*“

Hartl, Hartlová (2010, str. 73) definují canisterapii jako využívání psů k léčebným účelům, přičemž ji lze dělit na: a) *živelnou* – lidem úzkostným, nejistým, osamělým je pes doporučován jako společník a oddaný přítel, tento vztah ovšem může být i kontraproduktivní, protože může provokovat a posilovat tendence člověka k přílišnému drezúrování až k agresí a týrání psa; b) *řízenou* – odborník na tento druh terapie buď vhodného psa opatří a do vztahu mezi pacientem a psem vstupuje, alespoň na určitou dobu, nebo vycvičeného psa využívá při návštěvách nemocných.

Cílem canisterapie je aktivizace nemocného nebo zdravotně postiženého člověka, zlepšení jeho fyzického a psychického stavu a snížení množství užívaných léků. Jak uvádí Nerandžič (2006), v rámci canisterapeutické léčby člověka dochází k aktivaci a mobilizaci jeho zbytkových fyzických, psychických a imunitních schopností. Člověk

startuje pomocí přírody své uzdravování, zlepšuje vlastní tělesný a duševní stav a kontakt s lidmi.

Jeden z prvních propagátorů canisterapie u nás, MUDr. Velemínský (Můžeš. Noviny o šanci a důstojnosti pro každého, 2/2002, str. 5), zrazoval před nereálnými očekáváními vlivu canisterapie na zdraví člověka a vysvětloval, že „*canisterapie je metodou, která má především zlepšit psychosociální situaci člověka*“.

Toto pojetí canisterapie podporuje také Mojžíšová, Kalinová, Švestková, Velemínský a Kadubcová (Náhradní rodinná péče, 1/2002, str. 34), když uvádějí, že působení na fyzické zdraví člověka je u canisterapie až na druhém místě (na rozdíl od hipoterapie) a spíše usiluje o zlepšení motivace k rehabilitaci a povzbuzení imunity prostřednictvím psychiky. Dle názoru těchto autorů se „*canisterapie uplatňuje především jako pomocná psychoterapeutická metoda při řešení situací, v nichž jiné metody není možné použít, jako je např. navazování kontaktu s obtížně komunikujícími klienty apod.*“

2.1 Metody a formy canisterapie

Podrobné rozpracování metod canisterapie uvádějí ve své publikaci *Pes lékařem lidské duše* Galajdová a Galajdová (2011, str. 96 - 99). Základní dvě metody canisterapie v různých zdravotnických a sociálních zařízeních jsou aktivity za asistence psa (Animal Assisted Activities - AAA) a terapie za asistence psa (Animal Assisted Therapy - AAT).

Terapie AAA

Terapie AAA je poskytována v různých zařízeních a prostředích speciálně trénovanými profesionály, poloprofesionály a/nebo dobrovolníky za účasti psa. Je specifická tím, že na rozdíl od AAT nemá specifické cíle, jedná se o aktivity vyplývající spontánně z přítomnosti psa a také z požadavků klienta. Její délka je neomezená. AAA lze dále rozdělit na AAA pasivní a AAA interaktivní. V prvním případě má pes pozitivní

vliv na klienta už jen svou přítomností, přičemž terapie není nikým řízena a strukturována a klient se o psa nestará. Při AAA interaktivní canisterapii se klienti o psa starají a terapie má jasně stanovenou strukturu. Lze ji provádět buď rezidentně v zařízení, v němž klienti pobývají, nebo v režimu pravidelných návštěv klientů. Příkladem AAA terapie mohou být pravidelné návštěvy dětských zařízení a nemocnic dobrovolníky s vycvičenými a atestovanými psy za asistence personálu, který vybere a doporučí vhodné děti pro terapii.

Výsledky AAA terapie nejsou měřitelné a vyhodnotitelné, mezi její všeobecné cíle by však mělo patřit zvýšení osobního komfortu klientů, jejich povzbuzení k soustředění se na pozitivní aktivitu, pomoc klientům zaměřit se na vnější svět a také dočasná změna rozvržení sil mezi personálem a klienty, možnost setkat se v jiné situaci.

Terapie AAT

Terapie AAT je záměrná, cílená, plánovitá intervence, která odpovídá specifickým kritériím a je neoddělitelnou součástí léčebného procesu. Řídí ji nebo provádí vyškolený profesionál zdravotnického nebo sociálního zaměření s příslušným odborným vyškolením. Strukturuje ji a plánuje dle toho, s jakým klientem terapii vykonává. AAT terapie je určena k podpoře zlepšení tělesných, sociálních, emocionálních a/nebo kognitivních schopností daného klienta. Ve srovnání s AAA terapií jsou výsledky této terapie objektivně pozorovatelné a měřitelné.

Terapeut by měl při AAT terapii vypracovat terapeutický plán, který se bude lišit v závislosti na individuálních potřebách klienta. Může se týkat jedné z následujících oblastí: *fyzické schopnosti, mentální schopnosti, výchova* či *motivace*.

Mezi dílčí cíle v oblasti *fyzických schopností* může patřit zlepšení jemné motoriky, stání, chůze, rovnováhy, ovládání invalidního vozíku. Pokud jde o zlepšení *mentálních schopností*, lze si v terapeutickém plánu stanovit za cíl zvýšení slovních interakcí ve skupině, zlepšení schopnosti soustředění se na úkol a udržení pozornosti, vylepšení krátkodobé a dlouhodobé paměti, rozvoj komunikačních schopností, zvýšení

sebevědomí a sebeovládání, snížení pocitu osamocení a úzkosti apod. V oblasti **výchovy** pak Galajdová a Galajdová (2011) zmiňují dílčí cíle, jako je vylepšení slovní zásoby a výslovnosti, krátkodobé a dlouhodobé paměti, zlepšení znalostí a konceptů apod. V neposlední řadě lze prostřednictvím AAT terapie ovlivňovat složku **motivace**, a to zlepšení ochoty zapojit se do skupinové aktivity a spolupráce s druhými, zvýšení pohybové aktivity apod.

O pozitivním vlivu canisterapie na stav dětí s různým typem postižení (mentálním, pohybovým, smyslovým) se zmiňují Kalinová, Eisertová a Velemínský (Děti a my, 5/2006, str. 46), když popisují výzkum prováděný v průběhu canisterapeutického tábora pro děti s různým typem postižení nebo znevýhodnění. Na základě zmíněného výzkumu byl u dětí zaznamenán *„pozitivní vliv na komunikaci, sociabilitu u mentálně postižených dětí, stimulaci k pohybu u neaktivních dětí bez zájmu, zklidnění neklidných dětí a také zdroj pozitivních emočních prožitků u citově chudých dětí. Mezi další významné pozitivní efekty patřilo snížení strachu ze psů, zmírnění až odstranění agresivních projevů vůči zvířatům a mezi dětmi navzájem, zlepšení emocionality, zvýšení sociálního citění, podnícení rozvoje vyjadřovacích schopností, zmírnění svalového i psychického napětí, snížení psychosomatických projevů, lepší porozumění přírodě a jejím zákonitostem a kompenzování určitého stereotypu v souvislosti s handicapem zdravotním nebo sociálním“*.

Canisterapii lze provádět skupinově nebo individuálně, přičemž obě formy mají své opodstatnění a záleží na terapeutovi a klientech, kterou formu pro ně zvolí. Pokud jde o **individuální formu** canisterapie, využívá se nejčastěji u imobilních klientů a stěžejní část této terapie tvoří zpravidla tzv. relaxační část.

Výhodou **skupinové formy** canisterapie je skutečnost, že uspokojí více klientů najednou a bývá upřednostňována spíše u mobilních klientů. Stěžejní částí této formy canisterapie bývá aktivní část (Vrbová in Müller, 2005).

Jednotlivé části canisterapeutické lekce jsou podrobněji popsány v kapitole 2.3.

2.2 Standardy a etická pravidla pro vykonávání canisterapie

Galajdová, Galajdová (2011, str. 95 - 96) citují standardy pro správné vykonávání canisterapie, jak je ustanovila Americká společnost Delta Society. Tato pravidla jsou uplatňována canisterapeuty po celém světě.

- 1. Nikdo (klient, pracovník zařízení ani návštěvník) nesmí být do kontaktu se zvířetem nucen.*
- 2. Instituce musejí mít pravidla a instrukce týkající se používání zvířat (psů) v daném zařízení v písemné podobě ještě před začátkem programu.*
- 3. Jak psi, tak i jejich psovodi musejí projít výcvikem, výběrem a testy, než je umožněna jejich účast v programu.*
- 4. Klienti s kontraindikacemi (silná alergie, fobie, nekontrolovatelné a nepředvídatelné chování) musejí být z programu předem vyloučeni.*
- 5. Práva těch, kteří si kontakt se zvířetem nepřejí, musejí být za všech okolností respektována.*
- 6. Ani klient, ani návštěvník by nikdy neměli být necháni se zvířetem o samotě.*
- 7. Za všech okolností je třeba respektovat a zajistit práva zvířat. To zahrnuje slušné zacházení, ochranu před přílišným stresem a přístup k vodě a volnému výběhu.*

Delta Society formulovala také etická pravidla pro personál vykonávající AAA nebo AAT. Dle těchto pravidel pracovníci zařízení, ve kterých se provádí AAA/AAT:

- 1. se jich účastní v závislosti na svém pracovním zařazení a úměrně svému tréninku,*
- 2. zachovávají etiku své profese a svých organizací,*
- 3. vyjadřují svým postojem a vírou úctu ke všemu živému,*
- 4. vždy a za každých okolností se chovají ke zvířatům, lidem i prostředí s respektem, důstojností a citlivostí a dbají na kvalitu života i kvalitu zážitku všech zúčastněných,*
- 5. jsou informováni a vyškoleni o nejružnějších otázkách a aspektech AAA/AAT,*
- 6. vykazují angažovanost, zodpovědnost a čestnost ve všech fázích procesu,*
- 7. zodpovídají za dodržování platných zákonů, místních a národních norem a smluvních pravidel zastřešující organizace ve vztahu k AAA/AAT,*

8. každý jednotlivec či organizace určí či přijme za své standardní pravidla v písemné podobě k zajištění kvality poskytovaného programu. Všechny aktivity musejí být neustále vyhodnocovány a podle potřeby upravovány a vylepšovány pro zachování kvality nabízených služeb.

Kromě výše uvedených standardů a pravidel uvádí Vrbová (in Müller, 2005, str. 294) ještě následující zásady:

- 1. Pro canisterapii volíme stabilní místnost, která je odhlučněná a není průchozí.*
- 2. Vzhledem k různorodým aktivitám při terapii je vhodné mít v části místnosti lehce udržovatelný koberec a také část podlahy mít s kluzkou podlahou.*
- 3. Při relaxační části terapie je vhodné používat vždy stejnou relaxační hudbu, která při častějším používání rychleji evokuje uvolnění.*
- 4. Z místnosti i její blízkosti eliminujeme veškeré rušivé zvuky.*
- 5. V průběhu canisterapeutických jednotek je vhodné pořizovat videozáznamy a fotodokumentaci pro následné hodnocení a zaznamenání i jemných nuancí.*
- 6. K pořízení fotodokumentace a videozáznamů přizveme třetí osobu, aby si psovod i terapeut mohli plnit své úkoly.*
- 7. Pokud dává povel psu klient nebo terapeut, tak jen přes povel psovoda. Stejná zásada platí i v případě krmení psa klienty.*
- 8. U mladších klientů žádáme písemný souhlas rodičů a pediatra.*
- 9. Po ukončení terapie její účinek ještě nějakou dobu působí a je vhodné toho využít při další práci. Např. po canisterapii může následovat výtvarná nebo hudební výchova, logopedie...*
- 10. U imobilních klientů dbáme na správné polohování s atributy rehabilitace a také na správné zvedání a přenášení klientů. Nesprávnou manipulací bychom mohli okamžitě vyrušit pozitivní účinek terapie.*
- 11. Canisterapie by měla probíhat vždy se stejnou skupinou klientů zařazených pro dané období.*
- 12. Je třeba dodržovat potřebné hygienické zásady.*

2.3 Canisterapeutická jednotka

Canisterapeutická jednotka nemá žádné předem určené schéma, její program je vždy závislý na klientovi, jeho postižení a cílech, které pro něj byly stanoveny. Jak uvádí Galajdová, Galajdová (2011), pro skladbu canisterapeutické jednotky je také určující metodologie, pedagogické a rehabilitační zásady.

Úvodní část

V rámci úvodní části by měl být u klienta navozen pocit bezpečí a důvěry. Autorky doporučují, aby při příchodu psa byl klient ve stejné úrovni jako pes nebo výš. Na začátku canisterapeutické jednotky dochází k seznámení a přivítání. V případě kolektivní formy canisterapie poté může následovat vzájemné představování a opakování jmen klientů.

Relaxační část

V relaxační části jde především o silný emocionální prožitek klienta. Tato část bývá zpravidla stěžejní pro nepohyblivé klienty, kteří mohou být na psa nebo vedle psa polohováni. Klienta necháme naplno si prožít bezprostřední blízkost se psem, nezahlcujeme ho otázkami a pokyny, ale snažíme se o uvolnění a relaxaci klienta.

Aktivní část

V aktivní části canisterapeutické jednotky se již klient aktivně zapojuje do činnosti, a to dle svých individuálních možností a schopností. Tyto činnosti jsou zaměřeny na rozvoj motoriky, procvičení různých svalových skupin, rozvoj orientace, komunikace a jiných dovedností dle individuálních potřeb klienta.

Doporučenými činnostmi pro rozvoj dílčích dovedností jsou:

Činnosti pro rozvoj hrubé motoriky: podlézání a přelézání psa, polohování na těle

psa a stimulace rovnovážného ústrojí, obměny chůze a běhu za psem i vedle psa, přetahování se psem, aportování předmětů a jiné.

Činnosti pro rozvoj jemné motoriky: kartáčování psa, nasazování obojku, náhubku, vodítka, nácvik různých úchopů, hlazení po směru i proti srsti, mnutí srsti mezi prsty a jiné.

Činnosti pro rozvoj orientace: společné cvičení na překážkových drahách v tělocvičně i venku, orientace v tělesném schématu při poznávání částí těla, „granulování“, pravolevá orientace při cvičení se psem dle povelu psovoda a jiné.

Činnosti pro rozvoj komunikace verbální i nonverbální: dávání povelů přes povel psovoda, gestikulace na psa, pojmenovávání, stimulace k řeči pomocí různých her spolu se psem, vyprávění o zážitcích se psem, formulace svých přání.

Závěrečná část

Na závěr canisterapeutické jednotky by mělo dojít k uklidnění a zhodnocení canisterapie, pochválení klientů příp. odměně psa za jeho aktivitu. Vhodné je také motivovat klienta k dalšímu canisterapeutickému setkání. (Vrbová in Müller, 2005, str. 292 – 294).

2.4 Speciálněpedagogické využití canisterapie

Jak uvádí Galajdová, Galajdová (2011), pes je jediné zvíře na světě, které umí číst v lidské mimice a gestech. Za tisíciletí soužití s člověkem má pes lidi „přečtené“.

Jedinci s poruchou autistického spektra ve většině případů nerozumí gestům, mimice, nechápou, co znamená úsměv nebo zloba ve tváři druhého člověka. Zvláštní však je, že rozumí psům. A tak může pes převzít roli tlumočnicka, zprostředkovatele mezi člověkem s poruchou autistického spektra a ostatními lidmi. Dokáže mu zprostředkovat pocity druhých a tímto mu umožňuje orientovat se v jednání, pocitech

a záměrech lidí kolem.

Pes jakožto jednodušší tvor než člověk komunikuje jednoduše a jednoznačně, a takto může být pro jedince s poruchou autistického spektra mnohem srozumitelnější než člověk. Jak uvádí Temple Grandinová, žena s Aspergerovým syndromem: „*Když jsem se zvířaty, nemusím je poznávat a zkoumat. Vím, co cítí. S lidmi si připadám jako antropoložka na Marsu, se zvířaty ne...*“ (Galajdová, 1999, str. 83)

Matějček (Pes přítel člověka, 3/2004, s. 34-35) vysvětluje dvě základní linie vztahu zvíře – dítě. V první linii jde o to, že „*zvíře je pro dítě stimulačním zdrojem, a to jak při pozorování zvířete, tak i při hře s ním. Ve druhé linii se jedná o to, že zvíře je pro dítě zdrojem podnětů (pes se hýbe, přijímá potravu, komunikuje, je u něj ohromná variabilita nejrozličnějších stimulů) a současně dítěti říká, že je živým tvorem, což je velice důležité... Tím, že zvíře reaguje na dítě a dítě zase na zvíře, vzniká interakce, která může mít vliv na rozvoj sociálních dovedností jedince.*“

Jak uvádějí Berger a Wald (Behindertenpädagogik, 4/1999, str. 411, vlastní překlad): „*zvířata nás nutí k neverbální komunikaci a umožňují nám emocionální „regresi“, pro niž není v našem moderním komunikačním systému místo... Zvířata nám umějí navrátit dětské štěstí. A díky tomu dokážou uzdravovat, zlepšovat zdraví a vychovávat*“.

Za významný přínos canisterapie lze považovat také emoční prožitek dítěte a pocit empatického vztahu. Staffová (Rodina a škola, 6/2008, str. 27) popisuje, že v přítomnosti psa si mohou děti uvědomovat potřeby toho druhého, a to nejen fyziologické, ale i emocionální. Pes přítomnost člověka sám vyhledává, zpravidla je mu příjemný fyzický kontakt s člověkem, hlazení od něj, drbání apod. Kontakt se psem je společensky přijatelný a očekávaný a díky němu může dítě uspokojit jednu ze svých přirozených potřeb v bezpečném prostředí.

To potvrzují také Berger a Wald (Behindertenpädagogik, 4/1999, str. 412, vlastní překlad), když uvádějí: *V péči o zvíře může člověk nalézt to, co mu v mezilidské*

interakci není (momentálně) přístupné. Kromě toho je kontakt se zvířetem „jednodušší“, protože zde odpadávají společenské bariéry a konvence a člověk nemusí odolávat tlaku k dodržování určitých norem... Může se například ke zvířeti chovat způsobem, který není interpretován jako „mimo normu“. Zvířat se můžeme dotýkat, můžeme na ně mluvit, aniž bychom se dovolili...”

Jedince s poruchou autistického spektra přibližuje ke zvířatům také typický způsob myšlení. Jejich myšlenky totiž probíhají v obrazech, ne slovech. Zároveň tito jedinci s poruchou autistického spektra neradi ztrácejí možnost kontroly, a proto nevyhledávají nebo odmítají lidské objekty, protože se mohou cítit přemoženi. Fyzický kontakt se psem je jiný. Pes poskytuje lidem lásku a něhu tehdy, když to potřebují. Jedinci s poruchou autistického spektra se tedy necítí být v zajetí, neztrácejí kontrolu, kontakt se psem je v jejich moci.

Pes má k lidem velice blízko, sdílí s nimi některé charakteristiky, podstatou ale zůstává zvířetem. Dokáže vycítit úmysly návštěvníka, atmosféru situace a své vnímání umí dát jasně najevo. Tak pomáhá jedincům s poruchou autistického spektra rozlišovat společenské situace a porozumět ostatním. Pro jedince s poruchou autistického spektra se pes stává stejně nepostradatelným jako vodící pes pro nevidomého. Může tak poté přispívat k jeho duševní rovnováze, snižovat pocit osamocení a odcizení (Galajdová, 1999).

Galajdová, Galajdová (2011) rovněž upozorňují na fakt, že ne každý člověk s poruchou autistického spektra najde k psu cestu. Jsou i tací, kteří psy odmítají nebo se jich bojí. Velmi rovněž záleží na výběru vhodného psa pro daného klienta. Důvodem pro to může být fakt, že lidé s poruchou autistického spektra jsou někdy přecitlivělí, zejména na sluchové a čichové podněty.

Kromě využití u jedinců s poruchou autistického spektra je dnes canisterapie uplatňována v řadě dalších ***speciálně pedagogických oblastí***.

Jak uvádí Vrbová (in Müller, 2005), metodický postup, náplň a priority

canisterapeutické lekce jsou závislé na typu zařízení a také cílové skupině, pro niž je terapie určena. Jinak bude koncipována canisterapeutická lekce v zařízeních sociálních služeb, jinak ve zdravotnických zařízeních a jinak ve škole, kde má canisterapie napomáhat při plnění výchovně-vzdělávacích cílů.

V případě **tělesně a zdravotně postižených jedinců** může být canisterapie použita pro rychlejší uzdravování a rehabilitaci, k všestrannému tělesnému rozvoji a aktivizaci. U jedinců se spastickou formou mozkové obrny přispívá k rychlejšímu uvolnění spasmů, u hypotonických poté k posílení svalového tonusu. U dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí může pozitivně ovlivnit jejich psychomotorický vývoj a zmírnit neklid a motivovat je k delšímu soustředění a vytrvalosti.

Galajdová, Galajdová (2011) uvádějí další výhody použití canisterapie u lidí s tělesným postižením. Pes je často vycvičený k mnoha dovednostem, umí ráno roztáhnout závěsy, v zimě ráno rozsvítí světlo vypínačem, otevře dveře, podá mobil, podá knihu, venku doprovází člověka na každém kroku. Jinými slovy, pes vyvádí člověka z psychické izolace a umožňuje mu zažít pocit větší samostatnosti. Zároveň pes je také tím, kdo napomáhá v navazování kontaktu lidí s tělesným postižením s ostatními.

U **jedinců s mentálním postižením** se pes stává prostředníkem mezi nimi a okolním světem a díky navázanému blízkému vztahu jim může napomoci se zmírňováním emočních výkyvů a negativistických jevů. Dle Galajdové (1999) nastává u klientů s mentálním postižením často zvláštní situace, protože mentálně postižené dítě a pes jako by si zvláštně rozuměli, jako by měli svou zvláštní řeč. Pes v jeho případě plní roli společníka, dítě ho pozoruje, dotýká se ho, hladí ho a pes ho stimuluje.

Jak uvádí Vrbová (in Müller, 2005), u **klientů se smyslovým postižením** napomáhá pes k překonávání bariér, protože jim svými reakcemi zprostředkovává chybějící smyslovou diferenciací schopnost, a tím může přispět k větší soběstačnosti, nezávislosti a bezpečnosti.

Nevidomým jedincům pes poskytuje pocit bezpečí v davu lidí na ulici a takto jim umožňuje psychicky se uvolnit a pohybovat se rychleji než jen s holí. Snižuje jejich stres a odstraňuje pocit osamocení.

U ***neslyšících osob*** je role psa velmi podobná, pes u nich nahrazuje chybějící smyslovou funkci. Pes upozorňuje svého psa na zvukové podněty, na to, že někdo zvoní, že syčí plyn, že za zády jede auto, že něco spadlo apod. (Galajdová, Galajdová, 2011).

Vrbová (in Müller, 2005) se zmiňuje o využití canisterapie také u ***jedinců s poruchou komunikace***, kdy pes může napomoci k tomu, že odvede klientovu pozornost od neurotizujících jevů, které mu mohou bránit v komunikaci. V té souvislosti mu může napomoci rozšířit slovní zásobu a podpořit jeho komunikaci.

Canisterapie může být napomocná také u ***klientů s poruchami chování a psychickými poruchami***, protože pes může dát jedinci poznat, že je někým milován a může přispívat k jeho větší duševní rovnováze.

3 CANISTERAPIE JAKO PODPŮRNÝ ČINITEL PŘI ROZVOJI SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ A KOMUNIKACE U DÍTĚTE S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Canisterapie je stále častěji využívaná terapie v zařízeních, která poskytují služby jedincům s poruchou autistického spektra. Za účelem zjištění, zda canisterapie působí jako podpůrný činitel při rozvoji sociálních dovedností a komunikace u jedinců s poruchou autistického spektra, bude provedena případová studie u jednoho chlapce s poruchou autistického spektra, který navštěvuje pravidelně 1x týdně canisterapii v Komunitním centru Motýlek.

Před zahájením případové studie byly stanoveny dva cíle:

1. Zjistit, zda canisterapie působí jako podpůrný činitel při rozvoji komunikace u dětí s poruchou autistického spektra.

2. Zjistit, zda canisterapie působí jako podpůrný činitel při rozvoji vybraných sociálních dovedností u dětí s poruchou autistického spektra.

Na základě analýzy odborné literatury a zkušeností z práce s jedinci s poruchou autistického spektra byly stanoveny následující dva předpoklady:

1. Lze předpokládat, že canisterapie působí jako podpůrný činitel při rozvoji komunikace u dětí s poruchou autistického spektra.

2. Lze předpokládat, že canisterapie působí jako podpůrný činitel při rozvoji vybraných sociálních dovedností u dětí s poruchou autistického spektra.

Oba předpoklady vycházejí rovněž z výzkumů, které byly v minulosti provedeny a které prokazují přímé pozitivní účinky psa nebo jiného zvířete na daného jedince.

Na univerzitě v Pensylvánii bylo zjištěno, že při interakci *člověk – jeho vlastní pes* i *člověk – jemu neznámý přátelský pes* se v krvi člověka statisticky významně zvyšují hladiny kyseliny fenylectové – katabolitu fenyletylaminu, endorfinů a dopaminu. Při kontaktu člověka s vlastním psem stoupal navíc také prolaktin. Fenyletylamin je chemická sloučenina, která se vyplavuje v organismu v okamžiku zamilovanosti, má euforizující účinky, způsobuje zvýšení aktivity a dobrou náladu. Podobné účinky mají i endorfiny, které se vyplavují po příjemných podnětech a mohou se významně podílet na zvládání stresu a na dobré náladě člověka. Dopamin je zodpovědný za přenos nervového vzruchu v mozku a vzbuzuje v některých jeho oblastech pocit spokojenosti a štěstí (Galajdová, 1999).

O fyziologii pozitivních interakcí mezi psem a člověkem píše velmi podrobně také Odendaal (2007) ve svém díle *Zvířata a naše mentální zdraví*. Kromě mnoha výzkumů, které byly provedeny za účelem zjištění, jaký vliv mohou mít zvířata na fyzický a psychický stav lidí, popisuje Odendaal také řadu fyziologických změn, k nimž v organismu člověka při kontaktu se zvířetem dochází, jako je zvýšení dopaminu, endorfinu, fenyletylaminu, prolaktinu a oxytocinu, vazopresinu a kortizolu a které u něj způsobují zklidnění, pocit pohody, štěstí, zmírnění úzkosti a navození pocitu bezpečí.

Tyto výsledky potvrzuje i další studie, kterou provedla v roce 1977 J. Sebková z University of Lancaster. Studie se účastnilo 20 osob, z nichž 10 osob vlastnilo a 10 nevlastnilo psa. Všichni účastníci byli vystaveni dvěma psychologickým testům, jednomu ve velmi stresovém prostředí laboratoře a jednomu v klidném domácím prostředí. Oba testy probíhaly buď v přítomnosti nebo bez přítomnosti psa doktorky Sebkové. Bylo prokázáno, že testované osoby se chovaly klidněji a vykazovaly nižší skóre úzkosti ve vysoce i mírně stresovém prostředí v přítomnosti psa, než bez jeho přítomnosti. Rozdíl mezi vlastníky a nevlastníky psa se ve studii nijak neprojevil (Galajdová, 1999).

Galajdová (1999) odkazuje rovněž na důkladné rozborů 3 rodin, které provedla June Mc Nicholas z Warwické univerzity v Anglii. V těchto 3 rodinách navázaly děti

s poruchou autistického spektra úzký vztah s některým z domácích zvířat, konkrétně se jednalo o dvě kočky a jednoho králíka. Všechny tři děti se chovaly ke členům své rodiny agresivně, zatímco zvířata vyhledávaly jako společníky, důvěrníky a zdroj útěchy. S citem také uměly reagovat na potřeby zvířete a nikdy se k nim nechovaly agresivně nebo násilně. A i když tyto děti neměly rády doteky a blízký fyzický kontakt s lidmi, všechny tři vyhledávaly kontakt se svým zvířetem.

Z jiné studie, kterou provedla psycholožka Brigit Tchochner a která se týkala vztahu mezi dětmi s poruchou autistického spektra a různými zvířaty z její farmy, vyplynuly následující závěry:

- 1. Závažnost autistických symptomů byla nepřímo úměrná interakci dítě – zvíře.*
- 2. Zlepšení ve vztahu dítě – zvíře se přímo odráželo ve zlepšení společenského chování dětí.*
- 3. Pokrok v psychoterapii odpovídal zvýšenému kontaktu se zvířaty.*
- 4. Rychlost zlepšování interakce dítě – zvíře byla tím nejlepším předpovědním faktorem pozdějšího sociálního chování dítěte a stupně začlenění do společnosti v dalších letech. (Galajdová, 1999, str. 84 - 85)*

Otázky pro případovou studii nejsou stanoveny, neboť jsou zahrnuty v cílech a předpokladech případové studie.

Za účelem dosažení cílů práce bude provedena **případová studie**, která se zaměří na podrobný popis a rozbor jednoho osobního případu – čtyřletého chlapce s poruchou autistického spektra. Chlapec bude docházet pravidelně 1x týdně na canisterapii, a to po dobu pěti měsíců.

Případová studie byla zvolena z toho důvodu, že prostřednictvím zúčastněného

pozorování a odpovědi získaných z dotazníku od rodičů a učitelky v mateřské škole mohou být nejlépe dosaženy stanovené cíle práce a potvrzeny nebo vyvráceny stanovené předpoklady.

Dle Hendla (2005, str. 104) jde „v *případové studii o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. Zatímco ve statistickém šetření shromažďujeme relativně omezené množství dat od mnoha jedinců (nebo případů), v případové studii sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti... Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům.*“

Studie bude prováděna v **Komunitním centru Motýlek**, které je provozováno občanským sdružením Sdružení na pomoc dětem s handicapem. Toto sdružení vzniklo v roce 2002 s cílem pomáhat dětem s postižením a jejich rodinám. Postupně rozšířilo svou oblast působnosti a v současném okamžiku se ve své činnosti orientuje na tři hlavní oblasti, kterými jsou *Centrum denních služeb, Mateřské centrum a Nízkoprahový klub Pacifik*.

Centrum denních služeb (CDS) poskytuje podporu dětem a dospívajícím se zdravotním postižením (od 3 do 18 let) vyrůstajícím v domácím prostředí. Jednou z terapeutických aktivit, které CDS svým klientům nabízí, je canisterapie. V CDS je uplatňována **canisterapie** dle anglických a švýcarských pravidel ve spolupráci s canisterapeutickou společností „Psi pro život“ a provádí ji zde jedna školená canisterapeutka.

Při **výběru účastníka případové studie** byla rozhodující následující kritéria. Prvním kritériem byl věk **od tří do šesti let** a druhým kritériem byla stanovená **diagnóza poruchy autistického spektra**. Předškolní věk byl zvolen z toho důvodu, že v tomto období neexistuje u dítěte ještě tolik rozdílných podnětových oblastí, které by mohly

studii nežádoucím způsobem ovlivňovat (škola, zájmové činnosti, technika apod.). Na druhou stranu je však předškolní období časem, kdy u dětí dochází k řadě vývojovým skokům. Důležitou podmínkou byl rovněž fakt, že vybraný chlapec s ***pravidelným docházením na canisterapii začínal***. Tato podmínka byla zásadní pro možnost objektivního zhodnocení stavu jeho komunikace a sociálních dovedností před zahájením canisterapie a následně po pěti měsících pravidelného docházení na canisterapii. Při výběru chlapce byla zohledněna také skutečnost, že byl na canisterapii ***zapsán na celé pololetí***, a existoval tudíž předpoklad, že na ni bude pravidelně docházet. Neméně důležitým kritériem a předpokladem byl také ***souhlas a spolupráce rodičů***. V neposlední řadě byl brán zřetel na to, zda vybraný účastník případové studie ***nemá extrémní strach ze psů***, protože v takovém případě by mohla být data případové studie zkreslena.

K dosažení stanovených cílů byly zvoleny následující **metody** sloužící k získávání dat:

- analýza odborné literatury,
- analýza dat případové studie,
- analýza videozáznamů,
- zúčastněné pozorování,
- neformální rozhovor,
- dotazník.

U pozorování se jednalo o ***zúčastněné pozorování***, kdy předmětem pozorování byly konkrétní dílčí dovednosti chlapce (komunikace a vybrané sociální dovednosti). Vzhledem k určité omezenosti této metody byly získané informace validovány pomocí

odpovědi z dotazníku, který vyplnili rodiče chlapce a jeho učitelka v mateřské škole.

Jak uvádí Hendl (2005, str. 193), „*zúčastněným pozorováním je možné popsat, co se děje, kdo nebo co se účastní dění, kdy a kde se věci dějí, jak se objevují a proč. Tato strategie se používá v etnografickém výzkumu nebo v případových studiích, které se soustřeďují na hloubkový popis a analýzu nějakého jevu.*“

První **pozorování** bylo provedeno na první canisterapeutické lekci a byl zhodnocen stav zkoumaných dovedností a komunikace chlapce. Vzhledem k tomu, že u dětí s poruchou autistického spektra mohou být jejich dovednosti ovlivněny aktuálním zdravotním stavem, rozpoložením, přítomností neznámé osoby atd., bylo pozorování provedeno opakovaně i při druhé canisterapeutické lekci. Další pozorování bylo provedeno po pěti měsících docházení na canisterapii, a to rovněž dvakrát. Ze všech lekcí byl se souhlasem všech zúčastněných osob pořízen videozáznam pro jednodušší analýzu a vyhodnocení pozorovaných schopností chlapce.

K pozorování bylo použito **Pozorovací schema – Úroveň komunikace a vybraných sociálních dovedností** (viz Příloha 1), které bylo sestaveno na základě analýzy dílčích problémových oblastí u jedinců s poruchou autistického spektra popsanych v odborné literatuře.

Dalším zdrojem dat pro případovou studii byly odpovědi získané z **dotazníku**, který byl předán rodičům chlapce a jeho učitelce v mateřské škole před započatím a po ukončení canisterapie. Cílem dotazníku bylo získat data o zkoumaných dílčích dovednostech chlapce z pohledu těchto osob před zahájením canisterapie a po pětíměsíčním docházení na canisterapii. Dotazník byl strukturován a obsahoval uzavřené otázky, které byly zaměřeny na zkoumané dílčí dovednosti chlapce.

Dotazník – Úroveň komunikace a vybraných sociálních dovedností (viz Příloha 2) byl sestaven na základě analýzy odborné literatury zaměřené na jedince s poruchou autistického spektra a jejich deficit v oblasti komunikace a sociálního chování.

3.1 Sledované oblasti vývoje

Jak již bylo popsáno v předchozí kapitole, při studii byly sledovány dvě oblasti rozvoje: oblast **sociálních dovedností** a oblast **kommunikace**.

V oblasti **kommunikace** se konkrétně jednalo o *četnost řečového projevu, schopnost používat adekvátně verbální komunikaci v různých sociálních situacích, schopnost používat adekvátně neverbální komunikaci v různých sociálních situacích, iniciaci nebo pokračování ve verbální komunikaci s druhou osobou, iniciaci nebo pokračování v neverbální komunikaci s druhou osobou, adekvátní verbální reakce při komunikaci s druhou osobou.*

V oblasti **sociálních dovedností** byly sledovány následující dílčí schopnosti: *navázání a udržení očního kontaktu, navázání kontaktu s druhou osobou, reagování na jméno, osvojení si adekvátních reakcí v různých sociálních situacích, reagování na podněty od druhého člověka, reagování na blízkost a dotek od druhého člověka.*

3.2 Případová studie

Jméno: Jiří (na přání matky jméno změněno)

Měsíc a rok narození: červen 2009

Místo narození: Praha

Bydliště: na přání matky neuvedeno

Rodné číslo: na přání matky neuvedeno

Diagnóza: dětský autismus

Anamnézu poskytuje: matka

Rodinná anamnéza

Chlapec žije v úplné rodině. Je první ze dvou dětí, mladší bratr je o dva roky mladší. Rodina je dobře hmotně zajištěna. Otec je slovenské národnosti, matka české. Rodiče se chlapci hodně věnují, snaží se s jeho postižením pracovat a hledají cesty pro zmírnění

jeho důsledků. Výchovný styl přiměřený.

Matka: 36 let, zdráva

Otec: 36 let, zdrav

Mladší bratr: 2 roky, normální vývoj, zdrav

Osobní anamnéza

Osobitosti gravidity: chtěné těhotenství, porod spontánní ve 40. týdnu, 3650 g/50 cm

Osobitosti perinatálního období: dále poporodní období bez komplikací, kojení do 10. měsíce.

Hygienické návyky: plenkován do 2. roku, nyní plenky na noc, ostatní hygienické návyky zvládá dobře.

Stravovací návyky: potíže s teplou stravou, nejí teplé jídlo.

Dosud prodělané nemoci: neštovice, angína.

Úrazy: zlomenina klíční kosti.

Infekce: neštovice.

Operace: zlomenina klíční kosti.

Medikace: žádná.

Psychomotorický vývoj: opětovaný úsměv ve 4. měsíci, sezení bez opory v 10. měsíci, první kroky ve 12. měsíci, samostatná chůze ve 13. měsíci.

Průběh vývoje řeči: doposud nemluví, v současném okamžiku dobrá pasivní zásoba, sám komunikuje alternativními způsoby – kartičky, fotky, piktogramy, ukazování.

Mateřská škola: V současném okamžiku Jiří dochází do Speciální mateřské školy.

Aktuální tělesné dispozice: výška 120 cm, 20 kg.

Současný stoj: vzpřímený.

Sed na židli: vzpřímený.

U kterých lékařů je dítě vedeno: pediatr, psychiatr.

Psychické osobitosti: Jiří je introvertní typ. Vzhledem k diagnóze dětského autismu má rád své známé prostředí, na nové prostředí si hůře zvyká. Dokáže se však oddělit od rodičů v prostředí, které dobře zná a v němž se cítí bezpečně. Neudrží dlouho pozornost, ale v poslední době se doba jeho schopnosti soustředění prodlužuje. Své pocity dává

najevo zvláště, mívá záchvaty smíchu, někdy se bez zjevného důvodu rozpláče.

Adaptabilita: na nové okolnosti si Jiří hůře zvyká.

Intelekt: nezjišťován.

Koncentrace: snižená.

Paměť: snižená.

Motivace: je zvyklý na motivaci pomocí odměn: sladkostí.

Osvojování poznatků: za pomoci strukturovaného učení: kartičky, piktogramy, obrázky.

Záliby a hry: rád si hraje s trávou, třídí ji, seskupuje ji.

Zlovyky: cucání jakýchkoli předmětů.

Oblékání: učí se samostatnosti, umí si obout boty.

Cestování: učí se jezdit MHD, nemá rád metro.

Orientace v prostoru a čase: nemá.

Sociabilita: obtížnější, snižená schopnost navázat kontakt s novými lidmi, Jiří nerozumí sociálním situacím, nereaguje v různých sociálních situacích adekvátně. Stresuje ho velký hluk a velká skupina lidí. Nezajímá se o ostatní děti, není hlučný, nedožaduje se pozornosti. Nerozumí emocionálním projevům od ostatních, neumí na ně adekvátně reagovat.

3.3 Vyšetření sociálních dovedností a komunikace před zahájením canisterapie

Pozorování úrovně komunikace a vybraných sociálních dovedností před zahájením canisterapie

Na začátku pravidelného docházení na canisterapii (na první a druhé lekci) bylo u Jiřího provedeno vyšetření jeho *sociálních dovedností* a *komunikace*, a to prostřednictvím zúčastněného pozorování. K pozorování bylo použito *Pozorovací schema – Úroveň komunikace a vybraných sociálních dovedností* viz Příloha 1.

Výsledky vyšetření sociálních dovedností a komunikace před zahájením
canisterapie na základě pozorování

1) Jak se dítě při vstupu do canisterapeutické místnosti cítí?

Při první lekci vstoupil Jiří do canisterapeutické místnosti nejistě, držel se u otce. Při druhé lekci již vstupoval jistěji, ale stále ještě s ostychem.

2) Jak dítě reaguje na přivítání s canisterapeutem?

V obou případech Jiří na canisterapeutku nereagoval, a to ani poté, co canisterapeutka přistoupila až do bezprostřední blízkosti k Jiřímu a vyzvala ho k pohledu z očí do očí a k pozdravu.

3) Iniciuje dítě samo verbální komunikaci s canisterapeutem na začátku lekce?

Jiří nepoužívá řeč, pouze zvuky. S canisterapeutkou na začátku lekce nenavázal verbální komunikaci ani ji sám neinicioval.

4) Iniciuje dítě samo verbální komunikaci s canisterapeutem v průběhu lekce?

V průběhu lekcí Jiří ani jednou sám neinicioval s canisterapeutkou kontakt ani verbální komunikaci.

5) Iniciuje dítě samo neverbální komunikaci s canisterapeutem na začátku lekce?

Jiří sám neinicioval neverbální komunikaci s canisterapeutkou na začátku první ani druhé lekce. Na její výzvu s ní ani nenavázal oční kontakt.

6) Iniciuje dítě samo neverbální komunikaci s canisterapeutem v průběhu lekce?

Jiří canisterapeutku sám nevyhledával a v průběhu lekcí s ní neinicioval neverbální komunikaci.

7) Jak dítě reaguje spontánně na terapeutického psa (bez výzvy k aktivitě s ním)?

Když Jiří nebyl vyzván k aktivitě s terapeutickým psem, sám psa nevyhledával, ignoroval ho. Zároveň z něj však neměl strach, neobával se ho.

8) *Jak dítě reaguje, když je vyzváno k nějaké aktivitě s terapeutickým psem (např. kartáčování psa)?*

Jiří při obou lekcích na některé výzvy k aktivitám reagoval, na některé ne. Obavy neprojevoval ani přílišnou přichylnost.

9) *Jak dítě reaguje v průběhu lekce na výzvy od canisterapeuta?*

Při první lekci canisterapeutka učila Jiřího pokyny a používala k tomu fotky a obrázky. Jiřímu sama ukazovala, jak má aktivitu se psem vykonávat. Při první lekci Jiří zareagoval na 2 výzvy z 10, při druhé lekci reagoval na 4 výzvy z 10, v obou případech však canisterapeutka musela výzvy vícekrát zopakovat a použít fotografii nebo obrázek.

10) *Je dítě schopné udržet s canisterapeutem zahájenou verbální komunikaci?*

Jiří při první ani druhé lekci nepoužil verbální komunikaci, s canisterapeutkou verbálně nekomunikoval.

11) *Jak často využívá dítě v průběhu lekce verbální komunikaci?*

Jiří při první ani druhé lekci nepoužil verbální komunikaci ani jednou.

12) *Jak často využívá dítě v průběhu lekce neverbální komunikaci?*

Jiří v průběhu první i druhé lekce reagoval neverbálně (očním kontaktem, fyzickým kontaktem, zvuky) především s otcem, s canisterapeutkou téměř vůbec. Jednou si při druhé lekci vzal canisterapeutickou pomůcku (misky) a posunul ji směrem ke canisterapeutce, což jsem vnímala jako prostředek neverbální komunikace.

13) *Je dítě schopné používat adekvátně verbální komunikaci v různých sociálních situacích v průběhu lekce (přivítání, pozdrav, zákaz, výzva k činnosti, pochvala, loučení)?*

Jiří při první ani druhé lekci nepoužil verbální komunikaci v žádné sociální situaci.

14) *Reaguje dítě adekvátním způsobem při komunikaci s canisterapeutem (když ho canisterapeut pozdraví, pochválí, pokárá, vyzve ho k nějaké činnosti, projeví radost)?*

Jiří při první lekci reagoval na 2 z 10 výzev k činnosti, při druhé lekci na 4 výzvy z 10. Na pozdrav při první ani druhé lekci nereagoval. Stejně tak nereagoval ani na pochvaly od canisterapeutky.

15) Navazuje dítě s canisterapeutem oční kontakt při přivítání na začátku lekce?

Ani v jednom případě Jiří při přivítání na začátku lekce nenavázal s canisterapeutkou oční kontakt.

16) Navazuje dítě s canisterapeutem oční kontakt při výzvě k nějaké činnosti?

Ve většině případů Jiří při první ani druhé lekci s canisterapeutkou nenavázal oční kontakt, spíše náhodně, ne záměrně.

17) Navazuje dítě s canisterapeutem oční kontakt při jeho oslovení jménem?

Při oslovení jménem Jiří navázal oční kontakt s canisterapeutkou 3x, při druhé lekci 2x z 10 oslovení.

18) Jak dochází k navázání kontaktu mezi dítětem a canisterapeutem?

Při první i druhé lekci musela kontakt vždy iniciovat canisterapeutka.

19) Reaguje dítě adekvátně v různých situacích v průběhu canisterapeutické lekce (přítomnost cizí osoby na lekci, ponechání cizích věcí na místě, respektování nastavených pravidel)?

Vzhledem k tomu, že se jednalo o první a druhou lekci, Jiří se s pravidly na canisterapii teprve seznamoval. Věci si bral podle své potřeby, ani přes opakované výzvy vyřčená pravidla spíše nerespektoval.

20) Dodržuje dítě všeobecně uznávaná společenská pravidla (pozdrav, poděkování, prosba)

Jiří všeobecně uznávaná společenská pravidla spíše ignoruje. Je to dáno pravděpodobně tím, že jim vůbec nerozumí.

21) Jak reaguje dítě na blízkost canisterapeuta?

Jiří na první i druhé lekci reagoval na blízkost canisterapeutky neutrálně, nevyhýbal se jí ale ani ji sám fyzicky nekontaktoval.

22) *Jak reaguje dítě na dotek canisterapeuta (povzbuzení dotekem na rameno, dotek ruky při předávání odměny pro psa apod.)?*

Jiří při první ani druhé lekci na dotek (při předávání pomůcek a granulí) od canisterapeutky nereaguje, nebylo pozorováno, že by mu dotek vadil.

Dotazník – Úroveň komunikace a vybraných sociálních dovedností před zahájením canisterapie

Za účelem zajištění větší objektivity při zjišťování úrovně komunikace a sociálních dovedností před zahájením pravidelného docházení na canisterapii byl rodičům a učitelce v mateřské škole předán k vyplnění ***Dotazník – Úroveň komunikace a vybraných sociálních dovedností*** viz Příloha 2.

Vyhodnocení dotazníku před zahájením canisterapie od rodičů

1) *Iniciuje dítě samo verbální komunikaci s Vámi?*

Nikdy.

2) *Je dítě schopné udržet s Vámi zahájenou verbální komunikaci?*

Nikdy.

3) *Jak často využívá dítě verbální komunikaci?*

Nikdy.

4) *Iniciuje dítě samo neverbální komunikaci s Vámi?*

Někdy ano (když něco chce, např. něco sladkého).

5) *Je dítě schopné udržet s Vámi zahájenou neverbální komunikaci (při hře, fyzickém kontaktu, očním kontaktu)?*

Spíše ne, výjimečně.

6) Jak často využívá dítě neverbální komunikaci (mimika, oční kontakt, zvuky, ukazování apod.)?

Občas, nejčastěji ukazování.

7) Je dítě schopné používat adekvátně verbální komunikaci v různých sociálních situacích?

Nikdy.

8) Reaguje dítě verbálně adekvátním způsobem při komunikaci s Vámi (když projevíte radost, pochválíte ho, pokáráte ho)?

Nikdy.

9) Je dítě schopné používat adekvátně neverbální komunikaci v různých sociálních situacích?

Spíše ne.

10) Naváže s Vámi dítě oční kontakt na začátku společné aktivity?

Někdy ano.

11) Udržuje s Vámi dítě oční kontakt v průběhu společné aktivity?

Méně než 5x za 5 minut.

12) Naváže s Vámi dítě oční kontakt při jeho oslovení jménem?

Někdy ano.

13) Jak dochází k navázání kontaktu mezi Vámi a dítětem?

Kontakt iniciuji já nebo dítě.

14) Reaguje dítě adekvátně v různých sociálních situacích?

Spíše ne.

15) Jak často reaguje dítě na Vaše podněty (výzva ke hře, výzva k umytí rukou, výzva k oblékání)?

Na 5 – 1 podnět z 10, výzvu musíme opakovat.

16) Dodržuje dítě všeobecně uznávaná společenská pravidla (pozdrav, poděkování, prosba)?

Nikdy. Výjimečně.

17) Jak reaguje dítě na Vaši blízkost?

Někdy neutrálně, někdy je mu blízkost příjemná.

18) Jak reaguje dítě na Váš dotek (povzbuzení dotekem na rameno, ruku apod.)?
Někdy je mu dotek nepříjemný, někdy příjemný.

19) Vyhledává dítě samo fyzický kontakt s Vámi (doteky, podání ruky, mazlení)?
Výjimečně.

Vyhodnocení dotazníku před zahájením canisterapie od učitelky v mateřské škole

1) Iniciuje dítě samo verbální komunikaci s Vámi?

Nikdy.

2) Je dítě schopné udržet s Vámi zahájenou verbální komunikaci?

Nikdy.

3) Jak často využívá dítě verbální komunikaci?

Nikdy.

4) Iniciuje dítě samo neverbální komunikaci s Vámi?

Někdy ano.

5) Je dítě schopné udržet s Vámi zahájenou neverbální komunikaci (při hře, fyzickém kontaktu, očním kontaktu)?

Spíše ne.

6) Jak často využívá dítě neverbální komunikaci (mimika, oční kontakt, zvuky, ukazování apod.)?

Výjimečně.

7) Je dítě schopné používat adekvátně verbální komunikaci v různých sociálních situacích?

Nikdy.

8) Reaguje dítě verbálně adekvátním způsobem při komunikaci s Vámi (když projevíte radost, pochválíte ho, pokáráte ho)?

Nikdy.

9) Je dítě schopné používat adekvátně neverbální komunikaci v různých sociálních situacích?

Spíše ne.

10) Naváže s Vámi dítě oční kontakt na začátku společné aktivity?

Spíše ne.

11) Udržuje s Vámi dítě oční kontakt v průběhu společné aktivity?

Méně než 5x za 5 minut.

12) Naváže s Vámi dítě oční kontakt při jeho oslovení jménem?

Spíše ne.

13) Jak dochází k navázání kontaktu mezi Vámi a dítětem?

Kontakt iniciuji většinou já.

14) Reaguje dítě adekvátně v různých sociálních situacích?

Spíše ne.

15) Jak často reaguje dítě na Vaše podněty (výzva ke hře, výzva k umytí rukou, výzva k oblékání)?

Na 5 – 1 podnět z 10.

16) Dodržuje dítě všeobecně uznávaná společenská pravidla (pozdrav, poděkování, prosba)?

Nikdy.

17) Jak reaguje dítě na Vaši blízkost?

Někdy si udržuje odstup, někdy neutrálně.

18) Jak reaguje dítě na Váš dotek (povzbuzení dotekem na rameno, ruku apod.)?

Doteku se vyhýbá.

19) Vyhledává dítě samo fyzický kontakt s Vámi (doteky, podání ruky, mazlení)?

Výjimečně.

3.4 Průběh canisterapie

Jiří docházel na canisterapii v průběhu celých pět měsíců bez delšího přerušení. Několikrát na canisterapii nepřišel z důvodu nemoci, vánoc či prázdnin.

V průběhu docházení na canisterapii došlo u Jiřího ke dvěma změnám. Místo otce, který Jiřího doprovázel na začátku docházení na canisterapii, začala doprovázet Jiřího matka. Druhou změnou bylo zapojení matky do samotné canisterapie a její podpora

canisterapeutce. Matka se začala zapojovat do aktivit tak, že Jiřímu opakovala výzvy od canisterapeutky a začala Jiřího motivovat pomocí následné odměny, většinou nějaké sladkosti. Pokud bylo třeba, Jiřího také fyzicky k nějaké aktivitě přivedla a pobízela ho k ní.

Jiří se v průběhu docházení na canisterapii seznámil s průběhem canisterapeutické lekce, sekvencí jednotlivých aktivit, seznámil se s používanými fotkami a obrázky, pomůckami a přivykl si na ně. Rovněž si zvykl na canisterapeutku, její styl vedení canisterapeutické lekce a také na terapeutického psa a jeho reakce.

V průběhu docházení na canisterapii nedošlo podle slov canisterapeutky a matky k žádným zásadním potížím.

3.5 Vyšetření sociálních dovedností a komunikace po pětíměsíčním docházení na canisterapii

Po pětíměsíčním docházení na canisterapii bylo k vyšetření sociálních dovedností a komunikace použito stejné *Pozorovací schema – Úroveň komunikace a vybraných sociálních dovedností* jako před zahájením canisterapie.

Zároveň byl rodičům a učitelce v mateřské škole předán k zodpovězení totožný *Dotazník – Úroveň komunikace a vybraných sociálních dovedností*, který vyplňovali před zahájením canisterapie.

Výsledky vyšetření sociálních dovedností a komunikace po pětíměsíčním docházení na canisterapii na základě pozorování

1) Jak se dítě při vstupu do canisterapeutické místnosti cítí?

Při obou lekcích vstoupil Jiří do canisterapeutické místnosti jistě, bez zábran, bylo znatelné, že prostředí dobře zná a cítí se v něm dobře a bezpečně. Při druhé lekci do místnosti vběhl.

2) Jak dítě reaguje na přivítání s canisterapeutem?

Jiří se sám s canisterapeutkou nešel přivítat, ale po její výzvě k pozdravu s ní při zahájení obou lekcí navázal oční kontakt. Verbálně nereagoval ani v jednom případě.

3) Iniciuje dítě samo verbální komunikaci s canisterapeutem na začátku průběhu lekce?

U Jiřího nedošlo v používání verbální komunikace v průběhu pravidelného docházení na canisterapii k žádnému posunu, Jiří stále nemluví, používá pouze zvuky. S canisterapeutkou tedy na začátku lekce nenavázal verbální komunikaci.

4) Iniciuje dítě samo verbální komunikaci s canisterapeutem v průběhu lekce?

Vzhledem k tomu, že Jiří stále nepoužívá mluvenou řeč, nezahájil v průběhu lekce s canisterapeutkou verbální komunikaci.

5) Iniciuje dítě samo neverbální komunikaci s canisterapeutem na začátku lekce?

Jiří sám komunikaci s canisterapeutkou neinicioval, ale na její výzvy reagoval.

6) Iniciuje dítě samo neverbální komunikaci s canisterapeutem v průběhu lekce?

V průběhu první lekce Jiří vícekrát (4x) sám s canisterapeutkou inicioval kontakt, 2x, když chtěl použít oblíbenou pomůcku, a 2x, když chtěl dát psovi odměnu.

7) Jak dítě reaguje spontánně na terapeutického psa (bez výzvy k aktivitě s ním)?

Bylo znatelné, že Jiří si terapeutického psa oblíbil a má ho rád. Přibližoval se

k němu bez obav, měl z kontaktu s ním radost, to bylo znatelné i na Jiřího mimice.

8) *Jak dítě reaguje, když je vyzváno k nějaké aktivitě s terapeutickým psem (např. kartáčování psa)?*

Jiří se při obou lekcích k terapeutickému psovi přibližuje bez obav, z kontaktu s ním nemá obavy, úkol ve většině případů splní.

9) *Jak dítě reaguje v průběhu lekce na výzvy od canisterapeuta?*

Při obou lekcích je v této oblasti znát velký posun. Jiří reaguje na výzvy canisterapeutky ve většině případů splněním úkolu (z 10 výzev 8 – 10x). U některých úkolů výzvu ještě opakuje matka Jiřího nebo ho k úkolu fyzicky přivede, Jiří však jistě reaguje na většinu zadání a rozumí jim. Jediná větší potíž nastává v okamžiku, kdy Jiří dostane do ruky svou oblíbenou pomůcku (dřevěnou krabičku na balónky). Canisterapeutce i matce poté trvalo delší dobu, než dokázaly Jiřího pozornost odpoutat a znovu ho přivést ke splnění úkolu – vytažení správného míčku a jeho házení terapeutickému psovi.

10) *Je dítě schopné udržet s canisterapeutem zahájenou verbální komunikaci?*

Vzhledem k nerozvinutí mluvené řeči Jiří s canisterapeutkou konverzaci nezahajuje ani neudržuje.

11) *Jak často využívá dítě v průběhu lekce verbální komunikaci?*

Jiří stále používá pouze zvuky, verbální komunikaci nepoužil Jiří ani jednou.

12) *Jak často využívá dítě v průběhu lekce neverbální komunikaci?*

S matkou Jiří komunikuje neverbálně častěji než s canisterapeutkou, ukazuje, když něco chce, jde k tašce, v níž má matka uložené odměny – sladkosti, canisterapeutce ukazuje pomůcky, které chce použít, ukazuje jí na granule, když chce odměnit psa.

13) *Je dítě schopné používat adekvátně verbální komunikaci v různých sociálních situacích v průběhu lekce (přivítání, pozdrav, zákaz, výzva k činnosti, pochvala, loučení)?*

Jiří při žádné ze dvou lekcí nepoužil verbální komunikaci v žádné sociální situaci.

14) Reaguje dítě adekvátním způsobem při komunikaci s canisterapeutem (když ho canisterapeut pozdraví, pochválí, pokárá, vyzve ho k nějaké činnosti, projeví radost)?

Jiří reaguje na většinu výzev k činnosti (z 10 výzev 8 – 10x). Na pozdrav reagoval Jiří v obou případech očním kontaktem, na pochvalu, projev radosti z Jiřího úspěchu Jiří nereaguje.

15) Navazuje dítě s canisterapeutem oční kontakt při přivítání na začátku lekce?

Jiří navázal oční kontakt při přivítání na začátku obou lekcí.

16) Navazuje dítě s canisterapeutem oční kontakt při výzvě k nějaké činnosti?

Jiří navazuje oční kontakt při některých výzvách. Pokud ho již naváže, je záměrný, ne náhodný.

17) Navazuje dítě s canisterapeutem oční kontakt při jeho oslovení jménem?

Při oslovení jménem navázal Jiří oční kontakt s canisterapeutkou 6x při první z pozorovaných lekcí, při druhé lekci pak 5x z 10 oslovení. Nejčastěji reagoval Jiří na své jméno, když byla canisterapeutka v jeho bezprostřední blízkosti.

18) Jak dochází k navázání kontaktu mezi dítětem a canisterapeutem?

Při první i druhé z pozorovaných lekcí iniciovala kontakt většinou canisterapeutka, 4x inicioval kontakt také Jiří.

19) Reaguje dítě adekvátně v různých situacích v průběhu canisterapeutické lekce (přítomnost cizí osoby na lekci, ponechání cizích věcí na místě, respektování nastavených pravidel)?

Při pozorování první i druhé lekce bylo zřetelné, že terapeutická místnost i pravidla v ní jsou již pro Jiřího známým prostředím. Mne jakožto cizí osobu spíše ignoroval, pouze na začátku lekce si mne prohlédl a v průběhu lekce se mnou ještě jednou navázal oční kontakt. Respektoval, že hračky v rohu místnosti při lekci nemá používat.

Dodržoval také stanovená pravidla: pomůcky bez vyzvání nebral, neběhal po místnosti, čekal na výzvu k aktivitě. Pouze při druhé lekci ho rozptylovala hra jeho mladšího bratra v rohu místnosti a několikrát k němu během lekce odběhl.

20) *Dodržuje dítě všeobecně uznávaná společenská pravidla (pozdrav, poděkování, prosba)*

Ze všeobecně uznávaných společenských pravidel si Jiří osvojil pozdrav a loučení. Nepoužívá řečový projev, ale při výzvě k pozdravu nebo rozloučení od canisterapeutky se zastaví a naváže oční kontakt.

21) *Jak reaguje dítě na blízkost canisterapeuta?*

Při obou pozorovaných lekcích bylo znatelné, že Jiří si již na canisterapeutku zvykl, jeho reakce však byly stále spíše neutrální, Jiří neprojevoval vůči canisterapeutce výraznější vstřícnost ale ani odtazitost. Při druhé lekci jsem si všimla, že více vyhledával fyzický kontakt s matkou.

22) *Jak reaguje dítě na dotek canisterapeuta (povzbuzení dotekem na rameno, dotek ruky při předávání odměny pro psa apod.)?*

Při první z pozorovaných lekcí Jiří na dotek od canisterapeutky nereagoval, při druhé jsem si všimla, že když mu canisterapeutka předávala granule pro psa, dvakrát svou ruku stáhl. Výraznější reakce na dotek jsem však nezaznamenala.

Vyhodnocení dotazníku od rodičů po pětíměsíčním docházení na canisterapii

1) *Iniciuje dítě samo verbální komunikaci s Vámi?*

Nikdy.

2) *Je dítě schopné udržet s Vámi zahájenou verbální komunikaci?*

Nikdy.

3) *Jak často využívá dítě verbální komunikaci?*

Nikdy.

4) *Iniciuje dítě samo neverbální komunikaci s Vámi?*

Často, když něco chce nebo potřebuje (něco podat, odměnu, svou oblíbenou hračku).

5) *Je dítě schopné udržet s Vámi zahájenou neverbální komunikaci (při hře, fyzickém kontaktu, očním kontaktu)?*

Někdy ano, když se jedná o aktivitu, kterou má rád.

6) *Jak často využívá dítě neverbální komunikaci (mimika, oční kontakt, zvuky, ukazování apod.)?*

Občas udrží déle oční kontakt, když na něj mluvím, často ukazuje, když něco chce, nebo používá zvuky, o nichž už víme, co znamenají.

7) *Je dítě schopné používat adekvátně verbální komunikaci v různých sociálních situacích?*

Nikdy.

8) *Reaguje dítě verbálně adekvátním způsobem při komunikaci s Vámi (když projevíte radost, pochválíte ho, pokáráte ho)?*

Nikdy.

9) *Je dítě schopné používat adekvátně neverbální komunikaci v různých sociálních situacích?*

Někdy ano. Především když něco chce.

10) *Naváže s Vámi dítě oční kontakt na začátku společné aktivity?*

Většinou ano.

11) *Udržuje s Vámi dítě oční kontakt v průběhu společné aktivity?*

5 – 10x za 5 minut.

12) *Naváže s Vámi dítě oční kontakt při jeho oslovení jménem?*

Většinou ano. Především když ho oslovím hlasitě a zblízka. Někdy nereaguje, když je zaujat některou ze svých činností.

13) *Jak dochází k navázání kontaktu mezi Vámi a dítětem?*

Kontakt iniciuji já nebo dítě.

14) *Reaguje dítě adekvátně v různých sociálních situacích?*

Spíše ne.

15) *Jak často reaguje dítě na Vaše podněty (výzva ke hře, výzva k umytí rukou, výzva k oblékání)?*

Na 6 – 10 podnětů z 10. Někdy musím výzvu několikrát zopakovat.

16) Dodržuje dítě všeobecně uznávaná společenská pravidla (pozdrav, poděkování, prosba)?

Spíše ne. Teď někdy pozdrav (oční kontakt).

17) Jak reaguje dítě na Vaši blízkost?

Blízkost je mu příjemná. Někdy mou blízkost sám vyhledává.

18) Jak reaguje dítě na Váš dotek (povzbuzení dotekem na rameno, ruku apod.)?

Dotek je mu spíše příjemný, někdy si o něj sám řekne.

19) Vyhledává dítě samo fyzický kontakt s Vámi (doteky, podání ruky, mazlení)?

Někdy ano, častěji než dříve.

Vyhodnocení dotazníku od učitelky v MŠ po pětíměsíčním docházení na canisterapii

1) Iniciuje dítě samo verbální komunikaci s Vámi?

Nikdy.

2) Je dítě schopné udržet s Vámi zahájenou verbální komunikaci?

Nikdy.

3) Jak často využívá dítě verbální komunikaci?

Nikdy.

4) Iniciuje dítě samo neverbální komunikaci s Vámi?

Někdy ano.

5) Je dítě schopné udržet s Vámi zahájenou neverbální komunikaci (při hře, fyzickém kontaktu, očním kontaktu)?

Někdy ano.

6) Jak často využívá dítě neverbální komunikaci (mimika, oční kontakt, zvuky, ukazování apod.)?

Občas.

7) Je dítě schopné používat adekvátně verbální komunikaci v různých sociálních situacích?

Nikdy.

8) Reaguje dítě verbálně adekvátním způsobem při komunikaci s Vámi (když projevíte radost, pochválíte ho, pokáráte ho)?

Nikdy.

9) Je dítě schopné používat adekvátně neverbální komunikaci v různých sociálních situacích?

Někdy ano.

10) Naváže s Vámi dítě oční kontakt na začátku společné aktivity?

Někdy ano.

11) Udržuje s Vámi dítě oční kontakt v průběhu společné aktivity?

5 – 10x za 5 minut.

12) Naváže s Vámi dítě oční kontakt při jeho oslovení jménem?

Někdy ano.

13) Jak dochází k navázání kontaktu mezi Vámi a dítětem?

Kontakt iniciuji já nebo dítě.

14) Reaguje dítě adekvátně v různých sociálních situacích?

Spíše ne.

15) Jak často reaguje dítě na Vaše podněty (výzva ke hře, výzva k umytí rukou, výzva k oblékání)?

Na 5 – 1 podnět z 10.

16) Dodržuje dítě všeobecně uznávaná společenská pravidla (pozdrav, poděkování, prosba)?

Spíše ne.

17) Jak reaguje dítě na Vaši blízkost?

Někdy si udržuje odstup, někdy neutrálně, někdy je mu blízkost příjemná.

18) Jak reaguje dítě na Váš dotek (povzbuzení dotekem na rameno, ruku apod.)?

Někdy se doteku vyhýbá, někdy nereaguje, někdy je mu dotek příjemný.

19) Vyhledává dítě samo fyzický kontakt s Vámi (doteky, podání ruky, mazlení)?

Někdy.

3.6 Analýza dat případové studie a navrhovaná doporučení

Za účelem zhodnocení, zda canisterapie působí jako podpůrný činitel při rozvoji komunikace a sociálních dovedností jedinců s poruchou autistického spektra, byly porovnány výsledky pozorování a informací získaných z dotazníků před zahájením canisterapie a po pětíměsíčním docházení na canisterapii.

Porovnání výsledků vyšetření sociálních dovedností a komunikace před
zahájením canisterapie a po pětiměsíčním docházení na canisterapii

POZOROVANÁ OBLAST	PŘED CANISTERAPIÍ	PO CANISTERAPII	ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ
1) Jak se dítě při vstupu do canisterapeutické místnosti cítí?	Při první lekci vstoupil Jiří do canisterapeutické místnosti nejistě, držel se u otce. Při druhé lekci již vstupoval jistěji, ale stále ještě s ostychem.	Při obou lekcích vstoupil Jiří do canisterapeutické místnosti jistě, bez zábran, bylo znatelné, že prostředí dobře zná a cítí se v něm dobře a bezpečně. Při druhé lekci do místnosti vběhl.	V této oblasti došlo u Jiřího k rozvoji.
2) Jak dítě reaguje na přivítání s canisterapeutem?	V obou případech Jiří na canisterapeutku nereagoval, a to ani poté, co canisterapeutka přistoupila až do bezprostřední blízkosti k Jiřímu a vyzvala ho k pohledu z očí do očí a k pozdravu.	Jiří se sám s canisterapeutkou nešel přivítat, ale po její výzvě k pozdravu s ní při zahájení obou lekcí navázal oční kontakt. Verbálně nereagoval ani v jednom případě.	V této oblasti došlo u Jiřího k rozvoji.
3) Iniciuje dítě samo verbální komunikaci s canisterapeutem na začátku lekce?	Jiří nepoužívá řeč, pouze zvuky. S canisterapeutkou na začátku lekce nenavázal verbální komunikaci ani ji sám neinicioval.	U Jiřího nedošlo v používání verbální komunikace v průběhu pravidelného docházení na canisterapii k žádnému posunu, Jiří stále nemluví, používá pouze zvuky. S canisterapeutkou tedy na začátku lekce nenavázal verbální komunikaci.	V oblasti verbální komunikace nedošlo u Jiřího k rozvoji. Canisterapeutka a matka mi však nezávisle na sobě řekly, že jednou za celé období dal Jiří psovi povel „Dej“. Povel byl dle jejich slov zřetelný a hlasitý.
4) Iniciuje dítě samo verbální komunikaci s canisterapeutem v průběhu lekce?	V průběhu lekcí Jiří ani jednou sám neinicioval s canisterapeutkou kontakt ani verbální komunikaci.	Vzhledem k tomu, že Jiří stále nepoužívá mluvenou řeč, nezahájil v průběhu lekce s canisterapeutkou verbální komunikaci.	V této oblasti nedošlo u Jiřího k rozvoji.
5) Iniciuje dítě samo	Jiří sám neinicioval	Jiří sám komunikaci s	V iniciaci neverbální

<i>neverbální komunikaci s canisterapeutem na začátku lekce?</i>	neverbální komunikaci s canisterapeutkou na začátku 1. ani 2. lekce. Na její výzvu s ní ani nenavázal oční kontakt.	canisterapeutkou neinicioval, ale na její výzvy reagoval.	komunikace na začátku lekce nedošlo u Jiřího k rozvoji.
<i>6) Iniciuje dítě samo neverbální komunikaci s canisterapeutem v průběhu lekce?</i>	Jiří canisterapeutku sám nevyhledával a v průběhu lekce s ní neinicioval neverbální komunikaci.	V průběhu první lekce Jiří vícekrát (4x) sám s canisterapeutkou inicioval kontakt, 2x, když chtěl použít oblíbenou pomůcku, a 2x, když chtěl dát psovi odměnu.	V oblasti iniciace neverbální komunikace v průběhu lekce došlo u Jiřího k rozvoji.
<i>7) Jak dítě reaguje spontánně na terapeutického psa (bez výzvy k aktivitě s ním)?</i>	Když Jiří nebyl vyzván k aktivitě s terapeutickým psem, sám psa nevyhledával, ignoroval ho. Zároveň z něj však neměl strach, neobával se ho.	Bylo znatelné, že Jiří si terapeutického psa oblíbil a má ho rád. Přibližoval se k němu bez obav, měl z kontaktu s ním radost, to bylo znatelné i na Jiřího mimice.	V této oblasti došlo u Jiřího k rozvoji pozitivního vztahu k psovi.
<i>8) Jak dítě reaguje, když je vyzváno k nějaké aktivitě s terapeutickým psem (např. kartáčování psa)?</i>	Jiří při obou lekcích na některé výzvy k aktivitám reagoval, na některé ne. Obavy neprojevoval ani přílišnou přichylnost.	Jiří se při obou lekcích k terapeutickému psovi přibližuje bez obav, z kontaktu s ním nemá obavy, úkol ve většině případů splní.	V této oblasti došlo u Jiřího k pozitivnímu rozvoji.
<i>9) Jak dítě reaguje v průběhu lekce na výzvy od canisterapeuta?</i>	Při první lekci canisterapeutka učila Jiřího pokyny a používala k tomu fotky a obrázky. Jiřímu sama ukazovala, jak má aktivitu se psem vykonávat. Při první lekci Jiří zareagoval na 2 výzvy z 10, při druhé lekci reagoval na 4 výzvy z 10, v obou případech však canisterapeutka musela výzvy vícekrát zopakovat a použít fotografii nebo obrázek.	Při obou lekcích je v této oblasti znát velký posun. Jiří reaguje na výzvy canisterapeutky ve většině případů splněním úkolu (z 10 výzev 8 – 10x). U některých úkolů výzvu ještě opakuje matka Jiřího nebo ho k úkolu fyzicky přivede, Jiří však jistě reaguje na většinu zadání a rozumí jim. Jediná větší potíž nastává v okamžiku, kdy Jiří dostane do ruky svou oblíbenou pomůcku (dřevěnou	V této oblasti došlo u Jiřího k pozitivnímu rozvoji.

		krabičku na balónky). Canisterapeutce i matce poté trvalo delší dobu, než dokázaly Jiřího pozornost odpoutat a znovu ho přivést ke splnění úkolu – vytažení správného míčku a jeho házení terapeutickému psovi.	
10) Je dítě schopné udržet s canisterapeutem zahájenou verbální komunikaci?	Jiří při první ani druhé lekci nepoužil verbální komunikaci, s canisterapeutkou verbálně nekomunikoval.	Vzhledem k nerozvinutí mluvené řeči Jiří s canisterapeutkou konverzaci nezahajuje ani neudrží.	V této oblasti nedošlo u Jiřího k rozvoji.
11) Jak často využívá dítě v průběhu lekce verbální komunikaci?	Jiří při první ani druhé lekci nepoužil verbální komunikaci ani jednou.	Jiří stále používá pouze zvuky, verbální komunikaci nepoužil Jiří ani jednou.	V této oblasti nedošlo u Jiřího k rozvoji.
12) Jak často využívá dítě v průběhu lekce neverbální komunikaci?	Jiří v průběhu první i druhé lekce reagoval neverbálně (očním kontaktem, fyzickým kontaktem, zvuky) především s otcem, s canisterapeutkou téměř vůbec. Jednou si při druhé lekci vzal canisterapeutickou pomůcku (misky) a posunul ji směrem ke canisterapeutce, což jsem vnímala jako prostředek neverbální komunikace.	S matkou Jiří komunikuje neverbálně častěji než s canisterapeutkou, ukazuje, když něco chce, jde k tašce, v níž má matka uložené odměny – sladkosti, canisterapeutce ukazuje pomůcky, které chce použít, ukazuje jí na granule, když chce odměnit psa.	V této oblasti došlo u Jiřího k rozvoji.
13) Je dítě schopné používat adekvátně verbální komunikaci v různých sociálních situacích v průběhu lekce (přivítání, pozdrav, zákaz, výzva k činnosti, pochvala, loučení)?	Jiří při první ani druhé lekci nepoužil verbální komunikaci v žádné sociální situaci.	Jiří při žádné ze dvou lekcí nepoužil verbální komunikaci v žádné sociální situaci.	V této oblasti nedošlo u Jiřího k žádnému rozvoji.
14) Reaguje dítě adekvátním	Jiří při první lekci reagoval na 2 z 10	Jiří reaguje na většinu výzev k činnosti (z 10	V této oblasti došlo u Jiřího k mírnému

<i>způsobem při komunikaci s canisterapeutem (když ho canisterapeut pozdraví, pochválí, pokárá, vyzve ho k nějaké činnosti, projeví radost)?</i>	výzev k činnosti, při druhé lekci na 4 výzvy z 10. Na pozdrav při první ani druhé lekci nereagoval. Stejně tak nereagoval ani na pochvaly od canisterapeutky.	výzev 8 – 10x). Na pozdrav reagoval Jiří v obou případech očním kontaktem, na pochvalu, projev radosti z Jiřího úspěchu Jiří nereaguje.	rozvoji. Jiří se naučil adekvátně reagovat na pozdrav a loučení.
<i>15) Navazuje dítě s canisterapeutem oční kontakt při přivítání na začátku lekce?</i>	Ani v jednom případě Jiří při přivítání na začátku lekce nenavázal s canisterapeutkou oční kontakt.	Jiří navázal oční kontakt při přivítání na začátku obou lekcí.	V oblasti navazování očního kontaktu došlo u Jiřího k rozvoji.
<i>16) Navazuje dítě s canisterapeutem oční kontakt při výzvě k nějaké činnosti?</i>	Ve většině případů Jiří při první ani druhé lekci s canisterapeutkou nenavázal oční kontakt, spíše náhodně, ne záměrně.	Jiří navazuje oční kontakt při některých výzvách. Pokud ho již naváže, je záměrný, ne náhodný.	V této oblasti došlo u Jiřího k rozvoji. Jiří začal navazovat oční kontakt záměrně.
<i>17) Navazuje dítě s canisterapeutem oční kontakt při jeho oslovení jménem?</i>	Při oslovení jménem Jiří navázal oční kontakt s canisterapeutkou 3x, při druhé lekci 2x z 10 oslovení.	Při oslovení jménem navázal Jiří oční kontakt s canisterapeutkou 6x při první z pozorovaných lekcí, při druhé lekci pak 5x z 10 oslovení. Nejčastěji reagoval Jiří na své jméno, když byla canisterapeutka v jeho bezprostřední blízkosti.	V této oblasti došlo u Jiřího k rozvoji.
<i>18) Jak dochází k navázání kontaktu mezi dítětem a canisterapeutem?</i>	Při první i druhé lekci musela kontakt vždy iniciovat canisterapeutka.	Při první i druhé z pozorovaných lekcí iniciovala kontakt většinou canisterapeutka, 4x inicioval kontakt také Jiří.	V této oblasti došlo u Jiřího k rozvoji.
<i>19) Reaguje dítě adekvátně v různých situacích v průběhu canisterapeutické</i>	Vzhledem k tomu, že se jednalo o první a druhou lekci, Jiří se s pravidly na	Při pozorování první i druhé lekce bylo zřetelné, že terapeutická místnost i	V této oblasti došlo k rozvoji, Jiří je po pětíměsíčním docházení na

<i>lekce (přítomnost cizí osoby na lekci, ponechání cizích věcí na místě, respektování nastavených pravidel)?</i>	canisterapii teprve seznamoval. Věci si bral podle své potřeby, ani přes opakované výzvy vyřčená pravidla spíše nerespektoval.	pravidla v ní jsou již pro Jiřího známým prostředím. Mne jakožto cizí osobu spíše ignoroval, pouze na začátku lekce si mne prohlédl a v průběhu lekce se mnou ještě jednou navázal oční kontakt. Respektoval, že hračky v rohu místnosti při lekci nemá používat. Dodržoval také stanovená pravidla: pomůcky bez vyzvání nebral, neběhal po místnosti, čekal na výzvu k aktivitě. Pouze při druhé lekci ho rozptylovala hra jeho mladšího bratra v rohu místnosti a několikrát k němu během lekce odběhl.	canisterapii schopen více dodržovat nastavená pravidla.
<i>20) Dodržuje dítě všeobecně uznávaná společenská pravidla (pozdrav, poděkování, prosba)</i>	Jiří všeobecně uznávaná společenská pravidla spíše ignoruje. Je to dáno pravděpodobně tím, že jim vůbec nerozumí.	Ze všeobecně uznávaných společenských pravidel si Jiří osvojil pozdrav a loučení. Nepoužívá řečový projev, ale při výzvě k pozdravu nebo rozloučení od canisterapeutky se zastaví a naváže oční kontakt.	V této oblasti došlo u Jiřího k rozvoji, Jiří si osvojil pozdrav a loučení, při nichž se u canisterapeutky zastaví a naváže s ní oční kontakt.
<i>21) Jak reaguje dítě na blízkost canisterapeuta?</i>	Jiří na první i druhé lekci reagoval na blízkost canisterapeutky neutrálně, nevyhýbal se jí ale ani ji sám fyzicky nekontaktoval.	Při obou pozorovaných lekcích bylo znatelné, že Jiří si již na canisterapeutku zvykl, jeho reakce však byly stále spíše neutrální, Jiří neprojevoval vůči canisterapeutce výraznější vstřícnost ale ani odtahitost. Při	V této oblasti nebyl pozorován rozvoj, před zahájením canisterapie i po pětiměsíčním docházení na canisterapii reaguje Jiří na blízkost canisterapeutky spíše neutrálně.

		druhé lekci jsem si všimla, že více vyhledával fyzický kontakt s matkou.	
22) Jak reaguje dítě na dotek canisterapeuta (povzbuzení dotekem na rameno, dotek ruky při předávání odměny pro psa apod.)?	Jiří při první ani druhé lekci na dotek (při předávání pomůcek a granulí) od canisterapeutky nereaguje, nebylo pozorováno, že by mu dotek vadil.	Při první z pozorovaných lekcí Jiří na dotek od canisterapeutky nereagoval, při druhé jsem si všimla, že když mu canisterapeutka předávala granule pro psa, dvakrát svou ruku stáhl. Výraznější reakce na dotek jsem však nezaznamenala.	V této oblasti nebyl pozorován rozvoj, před zahájením canisterapie i po pětíměsíčním docházení na canisterapii reaguje Jiří na dotek canisterapeutky neutrálně, naopak při posledním pozorování jsem zaznamenala stáhnutí ruky při doteku od canisterapeutky.

Porovnání odpovědí z dotazníku od rodičů před zahájením canisterapie a po pětíměsíčním docházení na canisterapii

DOTAZ	PŘED CANISTERAPIÍ	PO CANISTERAPII	ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ
1) Iniciuje dítě samo verbální komunikaci s Vámi?	Nikdy.	Nikdy.	V této oblasti nedošlo u Jiřího k rozvoji.
2) Je dítě schopné udržet s Vámi zahájenou verbální komunikaci?	Nikdy.	Nikdy.	V této oblasti nedošlo u Jiřího k rozvoji.
3) Jak často využívá dítě verbální komunikaci?	Nikdy.	Nikdy.	V této oblasti nedošlo u Jiřího k rozvoji.
4) Iniciuje dítě samo neverbální komunikaci s Vámi?	Někdy ano (když něco chce, např. něco sladkého).	Často, když něco chce nebo potřebuje (něco podat, odměnu, svou oblíbenou hračku).	V této oblasti došlo u Jiřího k mírnému rozvoji.
5) Je dítě schopné	Spíše ne, výjimečně.	Někdy ano, když se	V této oblasti došlo u

<i>udržet s Vámi zahájenou neverbální komunikaci (při hře, fyzickém kontaktu, očním kontaktu)?</i>		jedná o aktivitu, kterou má rád.	Jiřího k mírnému rozvoji.
<i>6) Jak často využívá dítě neverbální komunikaci (mimika, oční kontakt, zvuky, ukazování apod.)?</i>	Občas, nejčastěji ukazování.	Občas udrží déle oční kontakt, když na něj mluvím, často ukazuje, když něco chce, nebo používá zvuky, o nichž už víme, co znamenají.	V této oblasti došlo u Jiřího k mírnému rozvoji.
<i>7) Je dítě schopné používat adekvátně verbální komunikaci v různých sociálních situacích?</i>	Nikdy.	Nikdy.	V této oblasti nedošlo u Jiřího k rozvoji.
<i>8) Reaguje dítě verbálně adekvátním způsobem při komunikaci s Vámi (když projevíte radost, pochválíte ho, pokáráte ho)?</i>	Nikdy.	Nikdy.	V této oblasti nedošlo u Jiřího k rozvoji.
<i>9) Je dítě schopné používat adekvátně neverbální komunikaci v různých sociálních situacích?</i>	Spíše ne.	Někdy ano. Především když něco chce.	V této oblasti došlo u Jiřího k mírnému rozvoji.
<i>10) Naváže s Vámi dítě oční kontakt na začátku společné aktivity?</i>	Někdy ano.	Většinou ano.	V této oblasti došlo u Jiřího k rozvoji.
<i>11) Udržuje s Vámi dítě oční kontakt v průběhu společné aktivity?</i>	Méně než 5x za 5 minut.	5 – 10x za 5 minut.	V této oblasti došlo u Jiřího k rozvoji.
<i>12) Naváže s Vámi dítě oční kontakt při jeho oslovení jménem?</i>	Někdy ano.	Většinou ano. Především když ho oslovím hlasitě a zblízka. Někdy nereaguje, když je zaujat některou ze svých činností.	V této oblasti došlo u Jiřího k rozvoji.
<i>13) Jak dochází k</i>	Kontakt iniciuji já	Kontakt iniciuji já	V této oblasti nebyl

<i>navázání kontaktu mezi Vámi a dítětem?</i>	nebo dítě.	nebo dítě.	zaznamenán rozvoj, Jiří byl ještě před zahájením canisterapie zvyklý navazovat kontakt s rodiči.
<i>14) Reaguje dítě adekvátně v různých sociálních situacích?</i>	Spíše ne.	Spíše ne.	V této oblasti nedošlo k rozvoji.
<i>15) Jak často reaguje dítě na Vaše podněty (výzva ke hře, výzva k umytí rukou, výzva k oblékání apod.)?</i>	Na 5 – 1 podnět z 10, výzvu musíme opakovat.	Na 6 – 10 podnětů z 10. Někdy musím výzvu několikrát zopakovat.	V této oblasti došlo u Jiřího k rozvoji.
<i>16) Dodržuje dítě všeobecně uznávaná společenská pravidla (pozdrav, poděkování, prosba)</i>	Nikdy. Výjimečně.	Spíše ne. Teď někdy pozdrav (oční kontakt).	V této oblasti došlo u Jiřího k mírnému rozvoji.
<i>17) Jak reaguje dítě na Vaši blízkost?</i>	Někdy neutrálně, někdy je mu blízkost příjemná.	Blízkost je mu příjemná. Někdy mou blízkost sám vyhledává.	V této oblasti došlo u Jiřího k rozvoji.
<i>18) Jak reaguje dítě na Váš dotek (povzbuzení dotekem na rameno, ruku apod.)?</i>	Někdy je mu dotek nepříjemný, někdy příjemný.	Dotek je mu spíše příjemný, někdy si o něj sám řekne.	V této oblasti došlo u Jiřího k rozvoji.
<i>19) Vyhledává dítě samo fyzický kontakt s Vámi (doteky, podání ruky, mazlení)?</i>	Výjimečně.	Někdy ano, častěji než dříve.	V této oblasti došlo u Jiřího k rozvoji.

Porovnání odpovědí z dotazníku od učitelky v mateřské škole před zahájením canisterapie a po pětíměsíčním docházení na canisterapii

DOTAZ	PŘED CANISTERAPIÍ	PO CANISTERAPII	ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ
<i>1) Iniciuje dítě samo</i>	Nikdy.	Nikdy.	V této oblasti nedošlo

verbální komunikaci s Vámi?			u Jiřího k rozvoji.
2) Je dítě schopné udržet s Vámi zahájenou verbální komunikaci?	Nikdy.	Nikdy.	V této oblasti nedošlo u Jiřího k rozvoji.
3) Jak často využívá dítě verbální komunikaci?	Nikdy.	Nikdy.	V této oblasti nedošlo u Jiřího k rozvoji.
4) Iniciuje dítě samo neverbální komunikaci s Vámi?	Někdy ano.	Někdy ano.	V této oblasti nedošlo u Jiřího k rozvoji.
5) Je dítě schopné udržet s Vámi zahájenou neverbální komunikaci (při hře, fyzickém kontaktu, očním kontaktu)?	Spíše ne.	Někdy ano.	V této oblasti došlo u Jiřího k mírnému rozvoji.
6) Jak často využívá dítě neverbální komunikaci (mimika, oční kontakt, zvuky, ukazování apod.)?	Výjimečně.	Občas.	V této oblasti došlo u Jiřího k mírnému rozvoji.
7) Je dítě schopné používat adekvátně verbální komunikaci v různých sociálních situacích?	Nikdy.	Nikdy.	V této oblasti nedošlo u Jiřího k rozvoji.
8) Reaguje dítě verbálně adekvátním způsobem při komunikaci s Vámi (když projevíte radost, pochválíte ho, pokáráte ho)?	Nikdy.	Nikdy.	V této oblasti nedošlo u Jiřího k rozvoji.
9) Je dítě schopné používat adekvátně neverbální komunikaci v různých sociálních situacích?	Spíše ne.	Někdy ano.	V této oblasti došlo u Jiřího k mírnému rozvoji.
10) Naváže s Vámi dítě oční kontakt na začátku společné aktivity?	Spíše ne.	Někdy ano.	V této oblasti došlo u Jiřího k mírnému rozvoji.
11) Udržuje s Vámi	Méně než 5x za 5	5 – 10x za 5 minut.	V této oblasti došlo u

<i>dítě oční kontakt v průběhu společné aktivity?</i>	minut.		Jiřího k mírnému rozvoji.
<i>12) Naváže s Vámi dítě oční kontakt při jeho oslovení jménem?</i>	Spíše ne.	Někdy ano.	V této oblasti došlo u Jiřího k mírnému rozvoji.
<i>13) Jak dochází k navázání kontaktu mezi Vámi a dítětem?</i>	Kontakt iniciuji většinou já.	Kontakt iniciuji já nebo dítě.	V této oblasti došlo u Jiřího k mírnému rozvoji.
<i>14) Reaguje dítě adekvátně v různých sociálních situacích?</i>	Spíše ne.	Spíše ne.	V této oblasti nedošlo u Jiřího k rozvoji.
<i>15) Jak často reaguje dítě na Vaše podněty (výzva ke hře, výzva k umytí rukou, výzva k oblékání apod.)?</i>	Na 5 – 1 podnět z 10.	Na 5 – 1 podnět z 10.	V této oblasti nedošlo u Jiřího k rozvoji.
<i>16) Dodržuje dítě všeobecně uznávaná společenská pravidla (pozdrav, poděkování, prosba)</i>	Nikdy.	Spíše ne.	V této oblasti došlo u Jiřího k mírnému rozvoji.
<i>17) Jak reaguje dítě na Vaši blízkost?</i>	Někdy si udržuje odstup, někdy neutrálně.	Někdy si udržuje odstup, někdy neutrálně, někdy je mu blízkost příjemná.	V této oblasti došlo u Jiřího k mírnému rozvoji.
<i>18) Jak reaguje dítě na Váš dotek (povzbuzení dotekem na rameno, ruku apod.)?</i>	Doteku se vyhýbá.	Někdy se doteku vyhýbá, někdy nereaguje, někdy je mu dotek příjemný.	V této oblasti došlo u Jiřího k mírnému rozvoji.
<i>19) Vyhledává dítě samo fyzický kontakt s Vámi (doteky, podání ruky, mazlení)?</i>	Výjimečně.	Někdy.	V této oblasti došlo u Jiřího k mírnému rozvoji.

Ze zjištěných **výsledků pozorování a informací z dotazníku** vyplňovaného rodiči a učitelkou v mateřské škole před zahájením canisterapie a po pětíměsíčním docházení na canisterapii lze konstatovat, že u Jiřího došlo k **rozvoji** v některých oblastech **sociálních dovedností a komunikace**.

V oblasti **sociálních dovedností** byl na základě **pozorování** zaznamenán rozvoj v oblastech: *reagování na jméno, navazování a udržení očního kontaktu, osvojení si adekvátních reakcí v různých sociálních situacích, navazování kontaktu s druhou osobou a reagování na podněty od druhého člověka.*

Při pozorování chlapce na canisterapeutických lekcích nebyl rozvoj pozorován v oblasti *reagování na blízkost a dotek u druhého člověka.*

Z informací získaných z **dotazníku od rodičů** vyplýval rozvoj v těchto oblastech: *reagování na jméno, reagování na blízkost a dotek od druhého člověka, navazování a udržení očního kontaktu a reagování na podněty od druhého člověka.* Největší rozvoj byl u Jiřího z pohledu rodičů zaznamenán právě v oblasti *reagování na blízkost a dotek od druhého člověka*, které začal Jiří výrazněji vyhledávat. Toto mi rodiče opakovaně zdůraznili i při rozhovoru, který jsme spolu vedli.

Naproti tomu rodiče nepozorovali rozvoj v oblasti *osvojení si adekvátních reakcí v různých sociálních situacích a navazování kontaktu s druhou osobou*, neboť Jiří dle jejich slov uměl již před zahájením canisterapie dobře navazovat kontakt s rodiči.

Na základě informací získaných z **dotazníku od učitelky v mateřské škole** lze konstatovat rozvoj v následujících oblastech: *reagování na jméno, navazování a udržení očního kontaktu, navazování kontaktu s druhou osobou a reagování na blízkost a dotek druhého člověka.*

Rozvoj nebyl zaznamenán v oblasti *a reagování na podněty od druhého člověka a osvojení si adekvátních reakcí v různých sociálních situacích.*

V oblasti **komunikace** byl zaznamenán **ze všech tří zdrojů dat** rozvoj u **neverbální komunikace**, konkrétně se jednalo o *schopnost používat adekvátně neverbální komunikaci v různých sociálních situacích a iniciaci nebo pokračování v neverbální komunikaci s druhou osobou.*

V oblasti **verbální komunikace** nebyl u Jiřího zaznamenán rozvoj, pokud nebereme v potaz jednorázového vyslovení povelu „Podej“, který měl Jiří v průběhu docházení na canisterapii směrem k terapeutickému psovi jednou použít.

Přestože se závěry o rozvoji sociálních dovedností a komunikace u Jiřího ze tří zdrojů stoprocentně neshodovaly, lze konstatovat, že rozvoj dílčích sociálních dovedností a komunikace u Jiřího byl zaznamenán. Odlišné pokroky v rozdílných oblastech lze připisovat odlišnému prostředí domov – canisterapeutická lekce – mateřská škola a následně tedy odlišným způsobům chování a odlišným vztahům s rodiči – canisterapeutkou – učitelkou v mateřské škole, které mohly rozdíly ve výsledcích zapříčinit.

Také je třeba brát v úvahu, že pokrok v dílčích oblastech nemusel být zapříčiněn výhradně pravidelným docházením na canisterapii, ale také zráním, nadprůměrnou péčí ze strany rodičů a kvalitní speciálněpedagogické péčí v mateřské škole.

Lze konstatovat, že prostřednictvím případové studie byly splněny oba stanovené cíle diplomové práce.

1. Bylo zjištěno, zda canisterapie působí jako podpůrný činitel při rozvoji komunikace u dětí s poruchou autistického spektra.

2. Bylo zjištěno, zda canisterapie působí jako podpůrný činitel při rozvoji vybraných sociálních dovedností u dětí s poruchou autistického spektra.

Ze dvou stanovených předpokladů byly potvrzeny oba **předpoklady**.

1. Lze předpokládat, že canisterapie působí jako podpůrný činitel při rozvoji komunikace u dětí s poruchou autistického spektra.

První předpoklad byl potvrzen v oblasti neverbální komunikace, v oblasti verbální komunikace potvrzen nebyl.

2. Lze předpokládat, že canisterapie působí jako podpůrný činitel při rozvoji vybraných sociálních dovedností u dětí s poruchou autistického spektra.

Druhý předpoklad byl potvrzen.

Navrhovaná doporučení

Na základě analýzy odborné literatury a analýzy dat případové studie lze navrhnout několik doporučení.

První doporučení je pedagogické, protože se týká přímého využití canisterapie ve školství. Nejprve lze doporučit **zařazení canisterapie již do speciálních mateřských škol** a dále **speciálních základních škol**, v nichž jsou vzděláváni jedinci s poruchou autistického spektra. Vzhledem k tomu, že na základě případové studie bylo prokázáno, že canisterapie působí jako podpůrný činitel při rozvoji vybraných sociálních dovedností a neverbální komunikace u jedinců s poruchou autistického spektra, lze doporučit zařazení canisterapeutických lekcí do pravidelného režimu výše uvedených institucí, neboť tento krok může mít pozitivní dopad na rozvoj osobnosti jedinců s poruchou autistického spektra, kteří tato zařízení pravidelně navštěvují.

Zároveň je však třeba dbát na **pečlivý výběr vhodného psa**, pozvolné seznamování dětí se psem, terapeutem i průběhem canisterapie. Je třeba rovněž sledovat, zda některé dítě nemá ze psa strach a nepotřebuje podporu, a zvážit, zda se pro konkrétní dítě hodí spíše **kolektivní** či **individuální** forma canisterapie, a také zda mu vyhovují spíše **aktivní** či **relaxační techniky**.

Další doporučení se týká dodržování režimu a používání canisterapeutických pomůcek. Při studii bylo možné pozorovat, že při canisterapeutické lekci je třeba **dodržovat** stanovený **pořádek** a **režim**, na který jsou děti zvyklé, aby je případné změny nerozptylovaly. Bylo zřetelné, že pozorovaný chlapec trvá na stejném místě uložení

canisterapeutických pomůcek a stejném sledu jejich používání a jakákoli změna ho může zneklidnit.

Lze také doporučit *používání fotografií* a *obrázků* nebo *piktogramů* při jednotlivých aktivitách, děti s poruchou autistického spektra jsou již velmi často zvyklé z předškolních i školních zařízení na strukturované učení, které jim pomáhá lépe úkol pochopit a zorientovat se v celém režimu.

Protože proces, kdy si děti s poruchou autistického spektra zvykají na novou situaci, nové aktivity, psa, canisterapeuta, je dlouhodobý, lze dětem s poruchou autistického spektra doporučit *dlouhodobé docházení na canisterapii*, a pokud možno práci se stejným psem i stejným canisterapeutem. Vzhledem k tomu, že si vztah důvěry a otevřenosti se psem i terapeutem budují dlouhou dobu, mohly by je případná výměna psa či terapeuta znejistit a celý proces terapie zpomalit nebo dokonce zastavit.

Z psychologického hlediska lze pak obecně při práci s jedinci s poruchou autistického spektra doporučit *trpělivý* a *vstřícný přístup* s porozuměním, že svět lidí bez poruchy a s poruchou autistického spektra je v mnohém odlišný, přesto však existují „mosty“, kterými je lze propojit.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala problematikou *Canisterapie jako podpůrného činitele při rozvoji komunikace a sociálních dovedností u dětí s poruchou autistického spektra* a jejím **cílem** bylo zjistit, zda canisterapie působí jako podpůrný činitel při rozvoji komunikace a sociálních dovedností u dětí s poruchou autistického spektra.

První část práce byla zaměřena na vymezení pojmu a dva používané klasifikační systémy poruch autistického spektra MKN-10 DSM-IV. Zároveň byla v této části zpracována triáda diagnostických kritérií, jak ji poprvé v roce 1979 vymezila Lorna Wingová ve spolupráci s Judith Gouldovou, a také diagnostika poruch autistického spektra dle MKN-10 a DSM-IV. Poslední dvě kapitoly první části popisovaly raný vývoj dětí s poruchou autistického spektra a jejich sociální charakteristiky a komunikaci.

Ve **druhé části** diplomové práce bylo zpracováno téma canisterapie, její dvě základní metody AAA a AAT a také dvě základní formy, individuální a skupinová. Dále byly popsány standardy a etická pravidla nezbytná při vykonávání canisterapie a možné části a průběh canisterapeutické lekce. Poslední kapitola druhé části se věnovala uplatnění canisterapie ve speciálně pedagogické oblasti včetně využití při práci s jedinci s poruchou autistického spektra.

Ve **třetí části** diplomové práce byla popsána případová studie zaměřená na působení canisterapie v oblasti sociálních dovedností a komunikace u čtyřletého chlapce s poruchou autistického spektra, který docházel pravidelně pět měsíců na canisterapii v Komunitním centru Motýlek. Na základě analýzy dat této případové studie bylo možné konstatovat, že u některých vybraných sociálních dovedností a neverbální komunikace došlo u chlapce v průběhu pětiměsíčního docházení na canisterapii k rozvoji. V oblasti verbální komunikace nebyl pozorován rozvoj.

Při studii byly použity tyto **metody**: analýza odborné literatury, zúčastněné pozorování, neformální rozhovor, dotazník, analýza videozáznamů, analýza dat

případové studie.

Lze konstatovat, že prostřednictvím případové studie byly splněny oba stanovené cíle diplomové práce.

Zpracování diplomové práce pro mne bylo velmi přínosné a obohacující, protože mně kromě získání odborných informací o rozvoji jedinců s poruchou autistického spektra umožnilo také seznámení s praktickým průběhem canisterapie a jejím možným působením na jednotlivé složky osobnosti těchto jedinců. Velmi podnětné bylo také sledovat práci canisterapeutky a canisterapeutického psa, který byl pro děti s poruchou autistického spektra velmi dobře zvolen a s dětmi pracoval soustředěně a trpělivě.

Měla jsem také možnost pozorovat velmi trpělivý přístup rodičů chlapce vybraného pro případovou studii, který byl založen na hlubokém uvědomění, že cesta k pochopení světa jejich syna je dlouhá, obtížná, ale mohou ji provázet drobné a velmi cenné radosti.

Přínos diplomové práce **pro speciálněpedagogickou praxi** lze spatřovat v tom, že analýza dat z případové studie ve třetí části práce prokazuje možnost působit prostřednictvím canisterapeutických aktivit na složku sociálních dovedností a neverbální komunikace u dětí s poruchou autistického spektra a pozitivně ovlivňovat jejich rozvoj.

Získané výsledky je možné využít v praxi v konkrétních organizacích, v nichž se již canisterapie praktikuje, příp. v jiných zařízeních a institucích, která pracují s jedinci s poruchou autistického spektra a spolupodílejí se např. na návrzích jejich speciální péče. Mohou být užitečné rovněž pro rodiče dětí s poruchou autistického spektra, kteří mohou pro své dítě domluvit pravidelné návštěvy canisterapie ve vhodném zařízení příp. pořídit si vhodného psa domů, pokud je to ve všech ohledech možné.

Protože však výsledky vycházejí pouze z jedné případové studie a nelze je generalizovat, bylo by dle mého názoru přínosné provést v budoucnu **stejnou studii se širším vzorkem**. Z takového šetření by bylo možné vyvodit obecnější závěry.

POUŽITÁ LITERATURA

BAZALOVÁ, B.: Poruchy autistického spektra. Teorie, výzkum, zahraniční zkušenost. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 2011. ISBN 978-80-210-5781-4.

BAZALOVÁ, B.: Poruchy autistického spektra v kontextu české psychopedie. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 2012. ISBN 978-80-210-5936-6.

BERGER, E., WALD, B.: Die Beziehung zu Tieren im therapeutischen Kontext. Behindertenpädagogik. 1999, 38. Jahrgang, Heft 4, Seite 404-420.

De CLERCQ H.: Mami, je to člověk, nebo zvíře? 2. vydání. Praha: Portál. 2011. ISBN 978-80-7367-888-3.

ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. a kol.: Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. 1. vydání. Praha: Portál. 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z.: Strukturované učení. 1. vydání. Praha: Portál. 2008. ISBN 978-80-7367-475-5.

DSM, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [on-line]. American Psychiatric Association. [cit. 3.2.2014]. Dostupné na <http://www.psychiatry.org/practice/dsm>

EMERSON, E.: Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem. 1. vydání. Praha: Portál. 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.

GALAJDOVÁ, L.: Pes lékařem lidské duše aneb canisterapie. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 1999. ISBN 80-7169-789-3.

GALAJDOVÁ, L., GALAJDOVÁ, Z.: Canisterapie. Pes lékařem lidské duše. 1. vydání. Praha: Portál. 2011. ISBN 978-80-7367-879-1.

GILLBERG Ch., PEETERS T.: Autismus – zdravotní a výchovné aspekty. 1. vydání. Praha: Portál. 1998. ISBN 80-7178-201-7.

GILLBERG, Ch., PEETERS, T.: Autismus – zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-856-2.

GILLBERG Ch., PEETERS T.: Autismus – zdravotní a výchovné aspekty. 3. vydání. Praha: Portál. 2008. ISBN 978-80-7367-498-4.

HARTL P., HARTLOVÁ H.: Velký psychologický slovník. Praha: Portál. 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

HENDL, J.: Kvalitativní výzkum. 1. vydání. Praha: Portál. 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HOWLIN, P.: Autismus u dospívajících a dospělých. 1. vydání. Praha: Portál. 2005. ISBN 80-7367-041-0.

HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V.: Dětský autismus. 1. vydání. Praha: Portál. 2004. ISBN 80-7178-813-9.

JACKI, A., KLOSINSKI, G.: Zur Bedeutung von Haus- und Heimtieren für verhaltensauffällige und psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete. 1999. 8. Jahrgang, Heft 4, Seite 396 – 413.

JELÍNKOVÁ, M.: Autismus I. Problémy komunikace dětí s autismem. 1. vydání. Praha: IPPP ČR. 1999.

JELÍNKOVÁ, M.: Autismus II. Problémy v sociálních vztazích dětí s autismem. 1. vydání. Praha: IPPP ČR. 2000.

KALINOVÁ, V., EISERTOVÁ, J., VELEMÍNSKÝ, M.: Léčba „psí láskou“. Děti

a my. 2006. roč. 5, č. 5, str. 46 – 48. ISSN 0323-1879.

KLENKOVÁ, J.: Logopedie. Praha: Grada Publishing. 2006. ISBN 80-247-1110-9.

KREJČÍŘOVÁ, D.: Autismus VII. Diagnostika poruch autistického spektra. Praha: IPPP ČR. 2003.

LAWSON W.: Život za sklem. 1. vydání. Praha: Portál. 2008. ISBN 978-80-7367-389-5.

LOUČKA, R.: Biochemický důkaz lásky. Pes přítel člověka. 2008, roč. 18, č. 7, str. 16. ISSN 0231-5424.

MIOVSKÝ, M.: Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MKN-10, Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 2000. Praha: Psychiatrické centrum, 2. vydání. ISBN 80-85121-44-1.

MOJŽÍŠOVÁ, A., KALINOVÁ, V., ŠVESTKOVÁ, R., VELEMÍNSKÝ, M., KADUBCOVÁ, B.: Canisterapie v praxi. Náhradní rodinná péče. 2002. roč. 5, č. 1., str. 34. ISSN 1212-3765.

MOUSSOVÁ HADJ Z.: Pedagogicko-psychologické poradenství I. Vybrané problémy. Praha: UK v Praze. Pedagogická fakulta. 2005. ISBN 80-7290-215-6.

MÜLLER, O. a kolektiv: Terapie ve speciální pedagogice. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého. 2005. ISBN 80-244-1075-3.

NAKONEČNÝ, M.: Sociální psychologie. Praha: Academia, 1999. ISBN 80-200-0690-7.

NERANDŽIČ, Z.: Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit. 1. vydání. Praha: Albatros. 2006. ISBN 80-00-01809-8.

ODENDAAL, J.: Zvířata a naše mentální zdraví. Proč, co a jak. 1. vydání. Praha: Brázda, s.r.o. 2007. ISBN 978-80-209-0356-3.

OPATRŘILOVÁ, D. (ed.): Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 2006. ISBN 80-210-3977-9.

PÁTÁ, P. K.: Mé dítě má autismus. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2007. ISBN 978-80-247-2185-9.

PATRICK, N. J.: Rozvíjení sociálních dovedností lidí s poruchami autistického spektra. 1. vydání. Praha: Portál. 2011. ISBN 978-80-7367-867-8.

PEETERS, T.: Autismus. Od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci. 1. vydání. Praha: Scientia. 1998. ISBN 80-7183-114-X.

SCHOPLER, E.: Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje. 1. vydání. Praha: Portál. 1999. ISBN 80-7178-202-5.

STAFFOVÁ, Z.: Pes jako součást výuky. Rodina a škola. 2008. roč. 55, č. 6, str. 26 – 27. ISSN 0035-7766.

STRUNECKÁ, A.: Přemůžeme autizmus? 1. vydání. Miloš Palatka – ALMI. 2009. ISBN 978-80-904344-0-0.

THOROVÁ, K.: Poruchy autistického spektra. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.

THOROVÁ, K.: Poruchy autistického spektra. 2. vydání. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0215-8.

TRANKOVSKÁ, Z.: Zvíře je zdroj podnětu. Pes přítel člověka. 2004, roč. 14, č. 3, s. 34-35. ISSN 0231-5424.

VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů: Zooterapie ve světle objektivních poznatků. České Budějovice: Dona. 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.

VELEMÍNSKÝ, M.: Některé mýty jsou nebezpečné. Můžeš. Noviny o šanci a důstojnosti pro každého. 2002. roč. 10, č. 2, str. 5. ISSN 1213-8908.

VERMEULEN, P.: Autistické myšlení. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2006. ISBN 80-247-1600-3.

VILÁŠKOVÁ, D.: Strukturované učení pro žáky s autismem s přihlédnutím k postižení zraku a mentální retardaci. Septima, s.r.o. Praha 2006. ISBN 80-7216-233-0.

VOCILKA, M.: Autismus. 1. vydání. Praha: Tech-market. 1996. ISBN 80-902134-3-X.

VOCILKA, M. Autismus a možnosti výchovné praxe. 1. vydání. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-85801-58-2.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Pozorovací schema –

Úroveň komunikace a vybraných sociálních dovedností

Příloha 2 Dotazník –

Úroveň komunikace a vybraných sociálních dovedností

POZOROVACÍ SCHEMA ÚROVEŇ KOMUNIKACE A VYBRANÝCH SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ

Schema zachycuje údaje získané pozorováním dětí s poruchou autistického spektra v průběhu canisterapeutické lekce v Komunitním centru Motýlek. Schema je vyplňováno tak, že pozorovatel zakroužkuje bod, který nejvýstižněji charakterizuje pozorované dítě. Pozorování není vyhodnocováno souhrnně, každá oblast pozorování je vyhodnocována zvlášť. Pozorování dětí s poruchou autistického spektra proběhne před začátkem pravidelného docházení dítěte na canisterapeutické lekce a opakovaně po 5 měsících pravidelného docházení dítěte na canisterapeutické lekce. Porovnáním obou pozorování bude možné vyhodnotit případný vliv pravidelné canisterapie na rozvoj komunikace a vybraných sociálních dovedností pozorovaných dětí.

Datum:

Jméno dítěte:

Jméno pozorovatele:

1) Jak se dítě při vstupu do canisterapeutické místnosti cítí?

- a) Odmítá vstoupit
- b) Nejistě, drží se u rodiče
- c) Nejistě, ale je schopné se odpoutat od rodiče
- d) Jistě, ale s ostychem
- e) Jistě, bez zábran
- f) Zcela bez zábran, vykazuje prvky sociální dezinhibice

2) Jak dítě reaguje na přivítání canisterapeutem?

- a) Na jeho přivítání nereaguje
- b) Na jeho přivítání reaguje očním kontaktem
- c) Na jeho přivítání reaguje očním kontaktem i slovně
- d) Na jeho přivítání reaguje slovně bez očního kontaktu
- e) Dítě osloví canisterapeuta jako první

3) Iniciuje dítě samo verbální komunikaci s canisterapeutem na začátku lekce?

- a) Ano
- b) Ne

4) Iniciuje dítě samo verbální komunikaci s canisterapeutem v průběhu lekce?

- a) Ano, vždy
- b) Většinou ano
- c) Někdy ano
- d) Spíše ne
- e) Nikdy

5) Iniciuje dítě samo neverbální komunikaci s canisterapeutem na začátku lekce?

- a) Ano
- b) Ne

6) Inicjuje dítě samo neverbální komunikaci s canisterapeutem v průběhu lekce?

- a) Velmi často
- b) Většinou ano
- c) Někdy ano
- d) Spíše ne
- e) Nikdy

7) Jak dítě reaguje spontánně na terapeutického psa (bez výzvy k aktivitě s ním)?

- a) Nereaguje na něj, ignoruje ho
- b) Bojí se ho, odmítá se k němu přiblížit
- c) Má ostych, přibližuje se k němu s obavami
- d) Přibližuje se k němu s respektem
- e) Přibližuje se k němu bez obav
- f) Kontaktuje ho velmi často

8) Jak reaguje dítě, když je vyzváno k nějaké aktivitě s terapeutickým psem (např. kartáčování psa)?

- a) Nereaguje na výzvu, ignoruje ji
- b) Dítě se psa bojí, odmítá se k němu přiblížit a úkol splnit
- c) Má ostych, přibližuje se k němu s obavami, snaží se úkol splnit
- d) Přibližuje se k němu s respektem, snaží se úkol splnit (příp. ho splní)
- e) Přibližuje se k němu bez obav a úkol splní
- f) Psa kontaktuje velmi často a zadaný úkol splní
- g) Psa kontaktuje velmi často a zadané úkoly neplní

9) Jak dítě reaguje v průběhu lekce na výzvy od canisterapeuta?

- a) Nereaguje na něj, ignoruje je
- b) Na výzvy canisterapeuta reaguje pouze očním kontaktem bez splnění výzvy
- c) Na výzvy canisterapeuta reaguje většinou splněním výzvy (z 10 výzev reaguje na 8 – 10x)
- d) Na výzvy canisterapeuta reaguje často splněním výzvy (z 10 výzev reaguje na 6 – 8x)
- e) Na výzvy canisterapeuta reaguje někdy splněním výzvy (z 10 výzev reaguje na 3 – 5x)
- f) Na výzvy canisterapeuta reaguje výjimečně splněním výzvy (z 10 výzev reaguje na 1 – 2x)
- g) Na výzvy canisterapeuta reaguje splněním jiného úkolu

10) Je dítě schopné udržet s canisterapeutem zahájenou verbální komunikaci?

- a) Ano vždy (z 10 zahájených konverzací 10x)
- b) Většinou ano (z 10 zahájených konverzací 6 - 8x)
- c) Někdy ano (z 10 zahájených konverzací 3 - 5x)
- d) Spíše ne (z 10 zahájených konverzací 1 - 2x)
- e) Nikdy

11) Jak často využívá dítě v průběhu lekce verbální komunikace?

- a) Mluví velmi často, někdy překotně
- b) Mluví často
- c) Mluví jen občas
- d) Odpovídá na otázky
- e) Mluví výjimečně

f) Nemluví nikdy

12) Jak často využívá dítě v průběhu lekce neverbální komunikaci?

- a) Velmi často
- b) Často
- c) Občas
- d) Neverbálně reaguje jen na otázky
- e) Výjimečně
- f) Nikdy

13) Je dítě schopné používat adekvátně verbální komunikaci v různých sociálních situacích v průběhu lekce (přivítání, pozdrav, zákaz, výzva k činnosti, pochvala, loučení)?

- a) Ano vždy
- b) Většinou ano
- c) Někdy ano
- d) Spíše ne
- e) Nikdy

14) Reaguje dítě adekvátním způsobem při komunikaci s canisterapeutem (když ho canisterapeut pozdraví, pochválí, pokárá, vyzve ho k nějaké činnosti, projeví radost)?

- a) Ano vždy
- b) Většinou ano
- c) Někdy ano
- d) Spíše ne
- e) Nikdy

15) Navazuje dítě s canisterapeutem oční kontakt při přivítání na začátku lekce?

- a) Ano
- b) Ne

16) Navazuje dítě s canisterapeutem oční kontakt při výzvě k nějaké činnosti?

- a) Ano vždy
- b) Většinou ano
- c) Někdy ano
- d) Spíše ne
- e) Nikdy

17) Navazuje dítě s canisterapeutem oční kontakt při jeho oslovení jménem?

- a) Ano vždy (z 10 oslovení 10x)
- b) Většinou ano (z 10 oslovení 6 - 8x)
- c) Někdy ano (z 10 oslovení 3 - 5x)
- d) Spíše ne (z 10 oslovení 1 - 2x)
- e) Nikdy

18) Jak dochází k navázání kontaktu mezi dítětem a canisterapeutem?

- a) Kontakt iniciuje vždy canisterapeut
- b) Kontakt iniciuje většinou canisterapeut
- c) Kontakt iniciuje canisterapeut nebo dítě
- d) Kontakt iniciuje většinou dítě
- e) Kontakt iniciuje vždy dítě

19) Reaguje dítě adekvátně v různých situacích v průběhu canisterapeutické lekce (přítomnost cizí osoby na lekci, ponechání cizích věcí na místě, respektování nastavených pravidel)?

- a) Ano vždy
- b) Většinou ano
- c) Někdy ano
- d) Spíše ne
- e) Nikdy

20) Dodržuje dítě všeobecně uznávaná společenská pravidla (pozdrav, poděkování, prosba)

- a) Ano vždy
- b) Většinou ano
- c) Někdy ano
- d) Spíše ne
- e) Nikdy

21) Jak reaguje dítě na blízkost canisterapeuta?

- a) Udrží si odstup, canisterapeut se k němu nemůže přiblížit
- b) Reaguje zlobou, agresí, canisterapeut se k němu nemůže přiblížit
- c) Neutrálně
- d) Blízkost je mu příjemná
- e) Samo blízkost canisterapeuta vyhledává

22) Jak reaguje dítě na dotek canisterapeuta (povzbuzení dotekem na rameno, dotek ruky při předávání odměny pro psa apod.)?

- a) Doteku se vyhýbá
- b) Na dotek reaguje agresí, zlobou
- c) Dotek je mu spíše nepříjemný, ale někdy ho strpí
- d) Na dotek nijak nereaguje
- e) Dotek je mu spíše příjemný
- f) Dotek vyhledává

Dotazník
ÚROVEŇ KOMUNIKACE
A VYBRANÝCH SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ

Datum:

Jméno dítěte:

Jméno respondenta:

Vztah mezi dítětem a respondentem:

1) Iniciuje dítě samo verbální komunikaci s Vámi?

- a) Ano vždy
- b) Většinou ano
- c) Někdy ano
- d) Spíše ne
- e) Nikdy

2) Je dítě schopné udržet s Vámi zahájenou verbální komunikaci?

- a) Ano vždy
- b) Většinou ano
- c) Někdy ano
- d) Spíše ne
- e) Nikdy

3) Jak často využívá dítě verbální komunikaci?

- a) Mluví velmi často, někdy překotně
- b) Mluví často
- c) Mluví jen občas
- d) Odpovídá na otázky
- e) Mluví výjimečně
- f) Nemluví nikdy

4) Iniciuje dítě samo neverbální komunikaci s Vámi?

- a) Velmi často
- b) Často
- c) Někdy ano
- d) Spíše ne
- e) Nikdy

5) Je dítě schopné udržet s Vámi zahájenou neverbální komunikaci (při hře, fyzickém kontaktu, očním kontaktu)?

- a) Ano vždy
- b) Většinou ano
- c) Někdy ano
- d) Spíše ne
- e) Nikdy

6) Jak často využívá dítě neverbální komunikaci (mimika, oční kontakt, zvuky, ukazování apod.)?

- a) Velmi často
- b) Často
- c) Občas
- d) Neverbálně reaguje jen na otázky
- e) Výjimečně
- f) Nikdy

7) Je dítě schopné používat adekvátně verbální komunikaci v různých sociálních situacích?

- a) Ano vždy
- b) Většinou ano
- c) Někdy ano
- d) Spíše ne
- e) Nikdy

8) Reaguje dítě verbálně adekvátním způsobem při komunikaci s Vámi (když projevíte radost, pochválíte ho, pokáráte ho)?

- a) Ano vždy
- b) Většinou ano
- c) Někdy ano
- d) Spíše ne
- e) Nikdy

9) Je dítě schopné používat adekvátně neverbální komunikaci v různých sociálních situacích?

- a) Ano vždy
- b) Většinou ano
- c) Někdy ano
- d) Spíše ne
- e) Nikdy

10) Naváže s Vámi dítě oční kontakt na začátku společné aktivity?

- a) Ano vždy
- b) Většinou ano
- c) Někdy ano
- d) Spíše ne
- e) Nikdy

11) Udržuje s Vámi dítě oční kontakt v průběhu společné aktivity?

- a) Více jak 10x za 5 minut
- b) 5-10x za 5 minut
- c) Méně než 5x za 5 minut
- d) Ani jednou za 5 minut

12) Naváže s Vámi dítě oční kontakt při jeho oslovení jménem?

- a) Ano vždy
- b) Většinou ano
- c) Někdy ano
- d) Spíše ne
- e) Nikdy

13) Jak dochází k navázání kontaktu mezi Vámi a dítětem?

- a) Kontakt iniciuji vždy já
- b) Kontakt iniciuji většinou já
- c) Kontakt iniciuji já nebo dítě
- d) Kontakt iniciuje většinou dítě
- e) Kontakt iniciuje vždy dítě

14) Reaguje dítě adekvátně v různých sociálních situacích?

- a) Ano vždy
- b) Většinou ano
- c) Někdy ano
- d) Spíše ne
- e) Nikdy

15) Jak často reaguje dítě na Vaše podněty (výzva ke hře, výzva k umytí rukou, výzva k oblékání apod.)?

- a) Na všech 10 podnětů z 10
- b) Na 6 – 10 podnětů z 10
- c) Na 5 – 1 podnět z 10
- d) Na žádný podnět nereaguje

16) Dodržuje dítě všeobecně uznávaná společenská pravidla (pozdrav, poděkování, prosba)

- a) Ano vždy
- b) Většinou ano
- c) Někdy ano
- d) Spíše ne
- e) Nikdy

17) Jak reaguje dítě na Vaši blízkost?

- a) Udržuje si odstup
- b) Reaguje zlobou, agresí
- c) Neutrálně
- d) Blízkost je mu příjemná
- e) Sám mou blízkost vyhledává

18) Jak reaguje dítě na Váš dotek (povzbuzení dotekem na rameno, ruku apod.)?

- a) Doteku se vyhýbá
- b) Na dotek reaguje agresí, zlobou
- c) Dotek je mu spíše nepříjemný, ale někdy ho strpí
- d) Na dotek nijak nereaguje
- e) Dotek je mu spíše příjemný
- e) Dotek vyhledává

19) Vyhledává dítě samo fyzický kontakt s Vámi (doteky, podání ruky, mazlení)?

- a) Velmi často
- b) Často
- c) Někdy
- d) Výjimečně
- e) Nikdy